Deutscher Bundestag
13. Wahlperiode

Drucksache 13/5258

10. 07. 96

Antwort
der Bundesregierung

auf die Große Anfrage der Abgeordneten Petra Bläss, Dr. Barbara Höll, Dr. Heidi Knake-Werner, Heidemarie Lüth, Dr. Gregor Gysi und der Gruppe der PDS — Drucksache 13/3361 —

Stand der Umsetzung der Pflegeversicherung

Nach wie vor gibt es gravierende Probleme bei der Umsetzung der Pflegeversicherung. Behinderten- und Sozialverbände haben rechtzeitig auf vermeidbare Mängel für die Leistungserbringung aufmerksam gemacht. Auch die inzwischen erfolgte gesetzliche Klarstellung der in Artikel 51 festgeschriebenen Bestandsschutzregelung garantiert noch keine ausreichende Leistungsabdeckung.

Drängende Fragen, wie die Verknüpfung bzw. klare Abgrenzung der Pflegeversicherung von der Eingliederungshilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) oder die Fortführung des Arbeitgebermodells sind noch nicht geklärt. Im Gegenteil, Vorschläge zu weiteren Einschnitten in das Leistungsrecht der Pflegeversicherung sowie in die Strukturen der Anbieter und Einrichtungen sind in der Diskussion.

Vor Inkrafttreten der zweiten Stufe der Pflegeversicherung ist es notwendig, Informationen zum gegenwärtigen Stand der Umsetzung der Pflegeversicherung systematisch zu folgenden Problemfeldern zusammenzutragen:

— Einerseits wird in offiziellen Verlautbarungen darauf verwiesen, daß sich Antragstellung, Begutachtung und Einstufung in eine Pflegestufe sowie die Leistungsbeantragung im Rahmen der Vorausschätzungen bewegen, andererseits ist nicht übersehbar, daß es zum Teil zu Ereignissen gekommen ist, die nicht den Erwartungen entsprechen.

— In der Praxis ist es zum Teil nicht gelungen, die Eingliederungshilfe des BSHG für behinderte Menschen auf praktikable Weise mit den Leistungen der Pflegeversicherung zu verknüpfen bzw. eine klare Abgrenzung vorzunehmen und durchzusetzen, woraus die Gefahr entsteht, daß die unterschiedlichen Standpunkte zu Lasten der Menschen mit Behinderungen vor den Sozialgerichten ausgetragen werden müssen.

— Mit Einführung der Pflegeversicherung wurden bedeutende positive Effekte sowohl in der Betreuung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, der Schaffung von Arbeitsplätzen als auch im Hinblick auf die Entlastung der Kommunen im Bereich der Sozialhilfeausgaben avisiert, die sich im erhofften Umfang bislang nicht realisiert haben.

— Für das Inkrafttreten der zweiten Stufe der Pflegeversicherung sind eine Reihe von Verordungen, Richtlinien und Durchführungsbestimmungen erforderlich, die teilweise von den Pflegekassen bereits vorgelegt worden sind. Die Dauer von Bearbeitung und Bestätigung dieser Regelungen durch das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung läßt bereits jetzt Schwierigkeiten für die Startphase erwarten.

— Bei der Gewährung von Hilfe- und Pflegeleistungen für an Aids erkrankte Menschen bleiben viele Fragen offen. Zu befürchten ist, daß die starren und unflexiblen Festlegungen im Pflegeversicherungskonzept ungeeignet sind, den für diese Erkrankten erforderlichen Lebensbedingungen gerecht zu werden.

— Mit der Pflegeversicherung sollte die Verschlechterung der persönlichen Situation, die sich mit der Herstellung der staatlichen Einheit Deutschlands für viele pflegebedürftige Menschen in den neuen Bundesländern ergeben hatte, weitgehend kom-

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung vom 10. Juli 1996 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

pensiert werden. Die Tatsachen lassen Zweifel an diesem Vorhaben aufkommen.

I. *Antragsentwicklung bei der ambulanten Pflege*

1. Wie viele Anträge auf Leistungen nach der Pflegeversicherung sind nach Erkenntnissen der Bundesregierung bisher gestellt und bearbeitet worden, und wie gestaltet sich die Einordung der Antragstellerinnen und Antragsteller in die Pflegestufen sowie die Leistungsbeantragung (bitte differenziert nach Monaten im Jahresverlauf 1995 nach Geschlecht und Altersstruktur, nach Ländern und gesamt)?

2. Wie vielen Anträgen wurde nach Erkenntnissen der Bundesregierung entsprochen, und wie viele wurden aus welchen Gründen (bitte nach Hauptgruppen konkret) abgelehnt?

Nach der Statistik der Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK-Statistik) stellt sich die Entwicklung der Antrags- und Erledigungszahlen im Jahre 1995 wie folgt dar:

Ambulante Pflege

Insgesamt sind bis Ende Dezember 1995 rd. 1 908 000 Begutachtungen im Bereich der ambulanten Pflege in Auftrag gegeben worden, darunter in rd. 286 000 Fällen zu Höherstufungsanträgen bisheriger Leistungsempfänger der Krankenversicherung. Die Zahl der Begutachtungsaufträge umfaßt auch Widersprüche gegen die Entscheidungen der Pflegekassen. Am 31. Dezember 1995 hatten die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung in den Ländern rd. 1 678 000 bearbeitet, darunter wiederum rd. 243 000 Höherstufungsanträge.

In den ersten vier Monaten des Jahres 1996 konnten von weiteren rd. 411 000 eingegangenen Aufträgen zur Begutachtung für die ambulante Pflege rd. 356 000 abgeschlossen werden.

Nach der Geschäftsstatistik der Pflegekassen erhalten derzeit rd. 1,1 Millionen Pflegebedürftige Hilfe durch die Pflegeversicherung: 380 000 (34 %) in Pflegestufe I haben Anspruch auf 400 DM oder Sachleistungen bis zu 750 DM monatlich; 580 000 (53 %) in Pflegestufe II haben Anspruch auf 800 DM oder Sachleistungen bis zu 1 800 DM monatlich; 140 000 (13 %) in Pflegestufe III haben Anspruch auf 1 300 DM Pflegegeld oder Sachleistungen bis zu 2 800 DM monatlich, in Härtefällen der Pflegestufe III bis zu 3 750 DM monatlich.

Da der Antragsstau beim Medizinischen Dienst abgebaut ist, wird die Zahl der Bezieher ambulanter Leistungen voraussichtlich auch für die nächste Zeit in der Größenordnung von rd. 1,1 Millionen liegen.

Zusammen mit der privaten Pflegepflichtversicherung sind es rd. 1,2 Millionen Pflegebedürftige, die Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten. Dies entspricht den Vorausberechnungen der Bundesregierung.

Stationäre Pflege

Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung hat mit Schreiben vom 29. Dezember 1995 die Genehmigung der Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen für den stationären Bereich erteilt, so daß im Januar 1996 mit den Begutachtungen der stationär Pflegebedürftigen begonnen werden konnte. Diese Begutachtungen werden – in Absprache mit allen Beteiligten – jeweils heimweise und damit wesentlich arbeitsökonomischer durchgeführt als die Begutachtungen in den Haushalten der ambulant Pflegebedürftigen. Die Zeitspanne von Januar bis Ende Juni 1996 wird nach den Vorerfahrungen im ambulanten Bereich ausreichen, so daß bis zum 1. Juli 1996 – dem Beginn der Leistungen bei stationärer Pflege – die Begutachtungen in den Pflegeheimen in der Regel abgeschlossen sind und die Leistungsbescheide von den Pflegekassen erteilt werden können.

Bis zum 30. April 1996 sind aus dem Bereich der stationären Pflege insgesamt 499 000 Anträge eingegangen. Hiervon wurden von den Medizinischen Diensten rd. 326 000 erledigt, das sind rd. 65,3 %. Von den durchgeführten rd. 313 000 Begutachtungen wurden rd. 62 000 der Stufe I zugeordnet, das sind rd. 19,9 %. Der Stufe II wurden rd. 97 000 zugeordnet, das sind rd. 31,2 % und der Stufe III rd. 76 000, das sind rd. 24,6 %. Rund 75 000 Anträge wurden abgelehnt, das entspricht einer Ablehnungsquote von rd. 24,3 %.

Nähere Einzelheiten und Differenzierungen ergeben sich aus den Anlagen 1 und 2.

3. Wie erklärt die Bundesregierung die großen Einstufungsunterschiede zwischen der Mehrheit der neuen Bundesländer einerseits und den alten Bundesländern andererseits?

Begutachtungsunterschiede zwischen den einzelnen Medizinischen Diensten werden hauptsächlich an der unterschiedlichen Ablehnungsquote festgemacht; sie bestehen jedoch auch hinsichtlich der Einstufung in die Pflegestufen, und sie bestehen nicht nur zwischen neuen Bundesländern einerseits und alten Bundesländern andererseits. Unterschiedliche Begutachtungsergebnisse gibt es auch bei einem Vergleich der Medizinischen Dienste der alten Bundesländer untereinander.

Die Ursachen der Begutachtungsunterschiede bedürfen noch der näheren Prüfung. Eine abschließende Aussage dazu, in welchem Umfang sich die unterschiedlichen Ergebnisse z. B. auf unterschiedliche Altersstrukturen der Bevölkerung oder unterschiedliche Lebensbedingungen der Menschen in städtischen und ländlichen Regionen zurückführen lassen, ist derzeit noch nicht möglich. Unabhängig hiervon hält die Bundesregierung jedoch weitere Maßnahmen zur Vereinheitlichung der Begutachtung im Sinne eines Qualitätssicherungsprogrammes unter Beteiligung aller Medizinischen Dienste für erforderlich.

4. Wie viele Menschen sind durch die Festlegung des täglichen Mindestsaufwandes an Hilfe und Pflege durch das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung von 90 Minuten statt der ursprünglich allgemein angenommenen 60 Minuten vom Leistungsbezug nach dem Pflege-Versicherungsgesetz (PflegeVG) ausgeschlossen, und wie hoch beziffert die Bundesregierung die damit realisierte finanzielle Einsparung?

Der zeitliche Mindestpflegeaufwand von 90 Minuten wurde durch die Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Abgrenzung der Merkmale zur Pflegebedürftigkeit vom 7. November 1994, die vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung genehmigt worden sind, festgelegt. Diese zeitliche Mindestgrenze wurde im Rahmen des 1. SGB XI-ÄndG vom Gesetzgeber bestätigt; sie ist auch sachgerecht.

Alle Untersuchungen zum Pflegebedarf der Bevölkerung belegen, daß die am häufigsten benötigten Hilfen in der Pflegestufe I die Hilfen beim Waschen, Aufstehen/Zubettgehen oder An-/Ausziehen sind.

Für zwei dieser Verrichtungen zusammen sind in aller Regel mehr als 45 Minuten anzusetzen. Hinzu kommt die hauswirtschaftliche Versorgung. Hier sind nach § 14 Abs. 3 Nr. 4 SGB XI das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen zu berücksichtigen. Für die Hilfe bei diesen Verrichtungen werden leicht 45 Minuten pro Tag im Wochendurchschnitt erreicht, insbesondere wenn berücksichtigt wird, daß schon beim Einkaufen oder für die bei pflegebedürftigen Menschen aufwendigere Wäschepflege ein erheblicher Zeitbedarf anfällt. Die Festlegung von 90 Minuten als zeitlicher Mindestpflegebedarf zielt daher auf einen sachgerechten Einstieg in die Leistungen der Pflegeversicherung ab.

Daß die Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen den Willen des Gesetzgebers auch schon vor Verabschiedung des 1. SGB XI-ÄndG zutreffend interpretierten, belegt im übrigen auch die Zahl der Pflegebedürftigen, die ambulante Leistungen der Pflegeversicherung erhalten. Im Entwurf des Pflege-Versicherungsgesetzes vom 24. Juni 1993 (Drucksache 12/5662) wurde von 1,2 Millionen zu Hause und 450 000 in Pflegeheimen lebenden pflegebedürftigen Menschen ausgegangen. Die Umsetzung der Pflegeversicherung im ambulanten Bereich zeigt, daß zum Jahresende 1995 rd. 1,2 Millionen Menschen Pflegeleistungen (einschließlich der privaten Pflegeversicherung) erhalten haben.

Im Ergebnis ist deshalb festzustellen, daß die Festsetzung des Zeitbedarfes auf 90 Minuten für die täglichen Hilfeleistungen als Eingangsvoraussetzung für Leistungen der Pflegeversicherung keine nachträgliche Eingrenzung des leistungsberechtigten Personenkreises bedeutet. Somit resultieren aus dieser Zeitvorgabe auch keine Einsparungen.

5. Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse darüber vor,
   - wie sich die Einnahmen-/Ausgabensituation der Pflegekassen im Jahresverlauf gestaltet, welche Summen für die konkrete Pflege, das heißt abzüglich der Verwaltungs- und Organisationskosten, zur Verfügung standen, und wie bewertet die Bundesregierung die Entwicklung (bitte differenziert nach den einzelnen Pflegekassen und Bundesländern);
   - wie sich die Einnahmen-/Ausgabensituation der bei der privaten Krankenversicherung angesiedelten Pflegekassen gestaltet;
   - wie viele Gutachten durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) sowie von externen Gutachtern erstellet wurden und welche Kosten dabei in Ansatz zu bringen sind (bitte differenziert nach Ländern und Monaten);
   - wie viele Widersprüche gegen Einstufungsbescheide des MDK sowie zur Leistungserbringung bisher ergangen, wie viele mit welchem Ergebnis bearbeitet und wie viele Klagen bei den Sozialgerichten abhängig sind (bitte differenziert nach Monaten, Bundesländern, Pflegekassen, Alter und Geschlecht);
   - wie sich die Antragstellung sowie die Leistungsgewährung aus der Pflegeversicherung für die Gruppe der behinderten Kinder und Jugendlichen gestalten, und inwiefern hier von anderen Altersgruppen abweichende Begutachtungsergebnisse festzustellen sind?

Zum 1. Spiegelstrich

Die Übersicht in Anlage 3 enthält die Finanzergebnisse der sozialen Pflegeversicherung 1995. Die bis Ende Dezember 1995 zugeflossenen Einnahmen beliefen sich auf 16,4 Mrd. DM. Die Ausgaben erreichten 9,7 Mrd. DM. Unter Berücksichtigung eines von der Pflegeversicherung an den Bund ausgezahlten Darlehens von 1,1 Mrd. DM zur Investitionsfinanzierung in den neuen Bundesländern gemäß Artikel 52 des Pflege-Versicherungsgesetzes ergab sich Ende 1995 ein Mittelbestand von 5,6 Mrd. DM.

Von den bis Ende Dezember 1995 ausgegebenen 9,7 Mrd. DM entfielen rd. 8,6 Mrd. DM auf Leistungsausgaben, rd. 0,25 Mrd. DM auf die Vorlaufkostenerstattung an die Krankenkassen sowie rd. 0,85 Mrd. DM auf Verwaltung, Medizinischen Dienst und sonstige Kosten. Der Anteil der Leistungsausgaben an den Ausgaben ohne Vorlaufkostenerstattung an die Krankenkassen (die dem Jahr 1994 zuzurechnen ist) betrug demnach rd. 91 %.

Für einen Vergleich mit der dem Gesetzgebungsverfahren zugrundeliegenden Finanzschätzung ist das abgegrenzte Jahresergebnis heranzuziehen, das auch Zahlungen enthält, die Anfang 1996 angefallen sind und sich noch auf das Jahr 1995 beziehen. Diese Jahresrechnung liegt noch nicht vor. Voraussichtlich dürften sich für das Jahr 1995 mit 17,5 Mrd. DM Mehreinnahmen von 0,2 Mrd. DM gegenüber der Finanzschätzung ergeben; die Ausgaben dürften mit 10,2 Mrd. DM um 2 Mrd. DM unterhalb der Finanzschätzung liegen. Mit der gebildeten Rücklage von 5,6 Mrd. DM zum Jahresende 1995 ruht die Pflegeversicherung auf

einem soliden finanziellen Fundament. Die Rücklage ist ein gutes, aber im Hinblick auf die Mitte 1996 einsetzende stationäre Pflege auch erforderliches Sicherheitspolster.

Eine Differenzierung der Finanzstatistik nach Bundesländern ist nicht verfügbar. Eine Differenzierung nach den rd. 900 einzelnen Pflegekassen wäre – wegen des umfassenden Finanzverbundes zwischen allen Pflegekassen – nicht sinnvoll.

Zum 2. Spiegelstrich

Angaben zu den Finanzergebnissen der privaten Pflegepflichtversicherung liegen der Bundesregierung nicht vor.

Zum 3. Spiegelstrich

Hinsichtlich der Zahl der durchgeführten Begutachtungen wird auf die Antworten zu den Fragen 1 und 2 verwiesen.

Externe Gutachter sind von den Medizinischen Diensten in sehr unterschiedlichem Umfang eingesetzt worden. Dies betrifft sowohl die Zahl der externen Gutachter, die Honorare für die Zuarbeit als auch den Zeitraum, in dem Gutachten erstellt wurden. Genaue Angaben zum Umfang der Beteiligung externer Gutachter liegen der Bundesregierung nicht vor. Nach § 46 Abs. 3 SGB XI übernehmen die Pflegekassen 50 % der Kosten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung. Im Jahr 1995 waren dies insgesamt 440 Mio. DM. Aus diesen Einnahmen sind die Kosten der externen Gutachten zu tragen.

Zum 4. Spiegelstrich

Im Jahr 1995 sind knapp 80 000 Widersprüche gegen Entscheidungen der Pflegekassen eingegangen. Dabei handelt es sich im wesentlichen um Widersprüche gegen Ablehnungsbescheide und die Zuordnung zu einer der drei Pflegestufen. Rund 40 000 Widersprüche wurden im Berichtszeitraum erledigt. In rd. 15 000 Fällen wurde dem Widerspruch stattgegeben. Rund 3 500 Widerspruchsbescheide sind bis Ende 1995 vor den Sozialgerichten angefochten worden.

Eine Differenzierung der Angaben nach Monaten, Bundesländern, Pflegekassen, Alter und Geschlecht ist anhand des statistischen Materials über die Widerspruchsverfahren im Bereich der Pflegeversicherung nicht möglich.

Zum 5. Spiegelstrich

Auf der Grundlage von 161 466 Gutachten, die vom 1. Januar 1995 bis zum 30. September 1995 bei den Medizinischen Diensten Rheinland-Pfalz, Thüringen und Westfalen-Lippe erstellt und ausgewertet wurden, ist davon auszugehen, daß sich der jeweilige Anteil von Pflegebedürftigen an der Bevölkerung nach Altersgruppen der Bevölkerung wie folgt darstellt:

	v. H.
unter 1 Jahr	0,1
1 bis 2 Jahre	0,1
3 bis 14 Jahre	0,2
15 bis 19 Jahre	0,2
20 bis 24 Jahre	0,1
25 bis 29 Jahre	0,1
30 bis 34 Jahre	0,1
35 bis 39 Jahre	0,1
40 bis 44 Jahre	0,2
45 bis 49 Jahre	0,2
50 bis 54 Jahre	0,2
55 bis 59 Jahre	0,4
60 bis 64 Jahre	0,7
65 bis 69 Jahre	1,0
70 bis 74 Jahre	1,9
75 bis 79 Jahre	3,6
80 bis 84 Jahre	6,7
85 Jahre und älter	13,0

Die Anträge auf Leistungen der Pflegeversicherung von Kindern und Jugendlichen werden nach dem Ergebnis dieser Auswertung seltener als die von Erwachsenen im mittleren Lebensalter abgelehnt. Bei Kindern und Jugendlichen wird auch deutlich häufiger als bei Erwachsenen und älteren Menschen die Pflegestufe III anerkannt. Die Begutachtungen kommen im einzelnen zu folgenden Ergebnissen:

	Gesamt v. H.	bis 19 Jahre v. H.	20 bis 64 Jahre v. H.	65 Jahre u. älter v. H.
Nicht pflegebedürftig	29,4	28,5	33,9	28,3
Pflegestufe I	30,9	26,1	29,3	31,7
Pflegestufe II	27,7	27,9	23,7	28,7
Pflegestufe III	12,0	17,5	13,1	11,3

6. Wie bewertet die Bundesregierung die Antragsentwicklung in der Pflegeversicherung, und in welchen Aspekten sind mit welchen Konsequenzen Abweichungen von der Vorabeinschätzung auszumachen?

Auf die Antwort zu den Fragen 1 und 2 wird verwiesen.

7. Wer oder welche Institution entscheidet auf der Grundlage welcher Kriterien über den Ort (ambulant/häuslich oder stationär) der Leistungserbringung, und wie ist das uneingeschränkte Wahlrecht der anspruchsberechtigten Personen gewährleistet?

Nach dem Recht der Pflegeversicherung besteht grundsätzlich Wahlfreiheit des Pflegebedürftigen; er kann frei entscheiden, ob seine Pflege zu Hause oder in einer stationären Pflegeeinrichtung sichergestellt werden soll. Entscheidet er sich für die stationäre Pflege, obwohl dies nicht erforderlich ist, sind allerdings die Leistungen der Pflegeversicherung im Interesse der Solidargemeinschaft in der Höhe begrenzt auf die Leistungen, die der Pflegebedürftige bei häuslicher Pflege

beanspruchen könnte. Hierdurch soll auch vermieden werden, daß Pflegebedürftige, die keiner vollstationären Pflege bedürfen, entgegen dem Vorrang der häuslichen Pflege vollstationäre Pflege in Anspruch nehmen und dadurch Mehraufwendungen für die Pflegeversicherung verursacht werden.

Bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III wird die Erforderlichkeit der stationären Pflege unterstellt, ebenso bei denjenigen, die am 1. April 1996 bereits im Heim lebten. Bei anderen Pflegebedürftigen prüft der Medizinische Dienst die Erforderlichkeit der stationären Pflege anhand folgender in den Pflegebedürftigkeitsrichtlinien aufgeführter Kriterien:

— Fehlen einer Pflegeperson,
— fehlende Pflegebereitschaft möglicher Pflegepersonen,
— drohende oder bereits eingetretene Überforderung der Pflegepersonen,
— drohende oder bereits eingetretene Verwahrlosung des Pflegebedürftigen,
— Eigen- und Fremdgefährdungstendenzen des Pflegebedürftigen,
— räumliche Gegebenheiten im häuslichen Bereich, die keine häusliche Pflege ermöglichen, und durch Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes (§ 40 Abs. 4 SGB XI) nicht verbessert werden können.

II. Pflegeversicherung und Menschen mit Behinderungen

8. Welche Positionen nimmt die Bundesregierung zum Problem der Verknüpfung von BSHG und PflegeVG und den dazu vertretenen Auffassungen der Spitzenverbände der Pflegekassen und der Sozialhilfeträger ein, und wie begründet sie diese?

Die Leistungen nach dem PflegeVG gehen den Fürsorgeleistungen der Hilfe zur Pflege nach dem BSHG vor (§ 13 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB XI). Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem BSHG werden von den Leistungen der Pflegeversicherung nicht berührt; die Ansprüche bestehen insoweit nebeneinander. Mit dem 1. SGB XI-ÄndG wurde die Leistungsabgrenzung nochmals klarstellend geregelt; die Bundesregierung sieht hiermit die lange umstrittene Frage als beantwortet an.

Danach sind die Leistungen der Eingliederungshilfe für Behinderte im Verhältnis zur Pflegeversicherung nicht nachrangig, die notwendige Hilfe in den Einrichtungen der Behindertenhilfe ist einschließlich der Pflegeleistungen zu gewähren (vgl. § 13 Abs. 3 SGB XI). Zur Abgeltung der pflegebedingten Aufwendungen sowie für die medizinische Behandlungspflege und die soziale Betreuung für pflegebedürftige Behinderte in diesen vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe übernehmen die Pflegekassen 10 % des mit dem Sozialhilfeträger vereinbarten Heimentgelts, höchstens jedoch 500 Deutsche Mark je Kalendermonat. Damit ist eine Regelung gefunden worden, die die Strukturen der Behinderteneinrichtungen berücksichtigt und die Pflegeversicherung mit ihrem durch 1,7 % Beitragssatz begrenzten Finanzvolumen nicht überfordert. Verläßt der Behinderte die vollstationäre Behinderteneinrichtung, stehen beim Übergang in die ambulante Pflege die häuslichen Leistungen, beim Übergang in eine zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtung die stationären Leistungen der Pflegeversicherung in vollem Umfang zur Verfügung.

Bei teilstationärer Betreuung (z. B. Werkstatt für Behinderte) werden keine Leistungen der Pflegeversicherung in der Einrichtung erbracht. Die Pflegebedürftigen haben aber Anspruch auf Leistungen der ambulanten Pflege, sofern sie zu Hause gepflegt werden.

Im 1. SGB XI-ÄndG wurde außerdem geregelt, daß neben Altenpflegern und -pflegerinnen, Kranken- und Kinderkrankenschwestern bzw. -pflegern, auch nach Landesrecht ausgebildete Heilerziehungspflegerinnen und -pfleger sowie Heilerzieherinnen und -erzieher zu den Pflegefachkräften zählen, wenn diese in ambulanten Pflegeeinrichtungen, die überwiegend behinderte Menschen betreuen, tätig sind. Künftig können also von diesen ambulanten Pflegeeinrichtungen eigenständig Sachleistungen für die Behinderten erbracht und mit den Pflegekassen abgerechnet werden.

Im übrigen ist im Rahmen des 1. SGB XI-ÄndG die Weiterführung des „Arbeitgeber-Modells" (bei dem Behinderte ihre Pflege und Betreuung durch mehrere Pflegekräfte selbst organisieren) sichergestellt worden. Bei Bedürftigkeit haben die Sozialhilfeträger zusätzlich zum Pflegegeld der Pflegeversicherung die notwendigen weitergehenden Kosten zu übernehmen. Der Sozialhilfeträger kann künftig in diesen Fällen den Behinderten nicht auf die Sachleistung der Pflegeversicherung verweisen. Mit der Zahlung von Pflegegeld leistet die Pflegeversicherung in vollem Umfang die finanzielle Unterstützung des Arbeitgeber-Modells, die ihr unter Beachtung ihrer Strukturprinzipien in Fällen selbst sichergestellter Pflege möglich ist. Pflegebedürftige Behinderte, die derzeit im Rahmen des von ihnen praktizierten Arbeitgebermodells (bei dem Behinderte ihre Pflege und Betreuung durch mehrere Pflegekräfte selbst organisieren) Sachleistungen ihrer Pflegekasse erhalten, sollen diese Leistungen zur Wahrung des Besitzstandes auch weiterhin erhalten. Bei diesen laufenden Fällen werden neben den Sachleistungen der Pflegeversicherung von den Trägern der Sozialhilfe die notwendigen weitergehenden Kosten bei Bedürftigkeit übernommen.

9. Welche Möglichkeiten sieht die Bundesregierung, um die aus der ungeklärten Situation erwachsenden Nachteile für Menschen mit Behinderungen zu vermeiden und dort, wo sie eingetreten sind, zu kompensieren?

Auf die Antwort zu Frage 8 wird verwiesen.

10. Auf welcher Grundlage und mit welchen Kompetenzen nimmt das Bundesministerium für Gesundheit seine Aufsichtspflicht gegenüber den Sozialhilfeträgern wahr?

Die Bundesregierung und damit auch das Bundesministerium für Gesundheit besitzen entsprechend der verfassungsrechtlich festgelegten Ordnung keine aufsichtsrechtlichen Befugnisse gegenüber den Trägern der Sozialhilfe.

Lediglich die Gesetzgebungskompetenz für das Sozialhilferecht liegt bei der Bundesregierung (Artikel 72, 74 Nr. 7 GG). Die Länder führen die Bundesgesetze als eigene Angelegenheit (Artikel 83 GG) aus. Damit liegt die Aufsicht über den Vollzug des Bundessozialhilfegesetzes bei den Ländern.

11. Wie viele Anträge auf Leistungen der Pflegeversicherung haben nach Erkenntnissen der Bundesregierung ihren Ablehnungsgrund in ungeklärten Rechtspositionen, insbesondere in der ungenauen Abgrenzung der Pflegeversicherung von Bestimmungen des BSHG (bitte differenziert nach Alter, Geschlecht und Bundesland)?

Ablehnungen aufgrund ungeklärter Rechtssituationen sind der Bundesregierung nicht bekannt. Soweit in der Frage das Verhältnis Eingliederungshilfe/Pflege angesprochen sein sollte, ist folgendes festzustellen:

Behinderte sind und waren ohne Einschränkung in die Pflegeversicherung einbezogen. Sie erhalten, wie alle Versicherten, Leistungen der Pflegeversicherung allein nach den für diesen Sozialversicherungszweig geltenden Rechtsvorschriften. Demgemäß gelten auch einheitliche Kriterien für die Anerkennung und Zulassung von Pflegeeinrichtungen zur Leistungserbringung im Rahmen der Pflegeversicherung.

Die Pflegekassen verfahren – in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung – entsprechend den gesetzlichen Vorgaben des SGB XI und dem gesetzgeberischen Willen bei der Verabschiedung des PflegeVG. Die Spitzenverbände der Pflegekassen haben Empfehlungen zum Verhältnis Eingliederungshilfe/Leistungen der Pflegeversicherung herausgegeben, auf deren Grundlage die Entscheidungen über Leistungen der Pflegekassen an Behinderte, die auch Leistungen nach dem BSHG erhalten haben, getroffen worden sind.

12. Welche Auffassungen vertritt die Bundesregierung zu den von den Behindertenverbänden auf der Anhörung vom 20. September 1995 vertretenen Grundpositionen, und wie bewertet die Bundesregierung die Ergebnisse der Anhörung?

Die Frage läßt sich in dieser Allgemeinheit nicht beantworten. Eine Darstellung aller vertretenen Grundpositionen und eine Auseinandersetzung damit würde den Rahmen dieser Großen Anfrage sprengen.

13. In welchen Positionen nähern sich die Auffassungen der Bundesregierung den Vorstellungen der Behindertenverbände an, und in welchen der am 8. November 1995 im Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung vorgelegten 27 Novellierungsanträge finden sich die Auffassungen der Behindertenverbände wieder?

Eine Annäherung der Positionen hat sich im Rahmen der am 8. November 1995 dem Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung vorgelegten Anträge hinsichtlich des Ruhens der Leistungen bei Auslandsaufenthalt ergeben. Darüber hinaus war beabsichtigt, die Fortführung des sog. Arbeitgebermodells dadurch sicherzustellen, daß der Sozialhilfeträger an die Pflegegeldentscheidung der Pflegekasse gebunden werden sollte, so daß der Pflegebedürftige nicht mehr auf die Sachleistung nach dem SGB XI hätte verwiesen werden können.

Zur Problematik des Zusammentreffens von Leistungen der Eingliederungshilfe für Behinderte nach dem BSHG und Pflegeleistungen nach dem SGB XI sind mit dem 1. SGB XI-ÄndG weitere Anliegen der Behindertenverbände zumindest teilweise aufgegriffen worden. Insoweit wird auf die Antwort zu Frage 8 verwiesen.

14. Wie erklärt die Bundesregierung den Widerspruch, daß in der Pflegestufe III Leistungen bis zu einer Höhe von 2 800 DM/Monat gewährt werden, aber nicht mehr als 30 000 DM im Jahr (12 × 2 800 DM = 33 600 DM), und auf welchem Weg soll der Fehlbetrag ausgeglichen werden?

Die hier angesprochene Regelung des § 43 Abs. 2 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB XI enthält keinen Widerspruch. Denn die Begrenzung der jährlichen Ausgaben auf 30 000 DM bezieht sich nicht nur auf die Pflegebedürftigen der Pflegestufe III, sondern auf alle stationär Pflegebedürftigen, also auch auf diejenigen der Pflegestufen I und II. Da insbesondere bei den Pflegebedürftigen der Pflegestufe I wegen des geringeren Pflegebedarfs davon auszugehen ist, daß der Durchschnittsbetrag von 30 000 DM nicht ausgeschöpft wird, ergibt sich für die Pflegekassen der finanzielle Spielraum, um für stationär Pflegebedürftige der Pflegestufe III einen Betrag von mehr als 30 000 DM im Jahr aufzuwenden. Entgegen der in der Frage zum Ausdruck kommenden Auffassung bedarf es daher auch nicht des Ausgleichs eines etwaigen Fehlbetrages.

15. In welchem Umfang wird das „Arbeitgebermodell in der Pflege" in der Bundesrepublik Deutschland praktiziert, welche Aufwendungen sind dafür zu veranschlagen (bitte nach Möglichkeit die Entwicklung über mehrere Jahre darstellen), und welcher Anteil an den Gesamtausgaben der Pflegeversicherung würde möglicherweise auf dieses Modell entfallen?

Der Bundesregierung ist im Januar 1995 von der Interessenvertretung „Selbstbestimmt Leben" Deutschland

e. V. – ISL die Größenordnung von 300 bis 500 Behinderten genannt worden, die bundesweit ihre Pflege im Arbeitgebermodell selbst organisieren. Der Deutsche Städtetag geht davon aus, daß bundesweit zwischen 600 und 800 Pflegebedürftige rund um die Uhr betreut würden; allein in München seien dies 150 Personen. Die Kosten für diese Form der Hilfe zur Pflege belaufen sich auf bis zu 20 000 DM monatlich (durchschnittlich 13 000 DM monatlich). Beschäftigt werden im Durchschnitt fünf Hilfskräfte je Pflegefall.

Die Forderung der behinderten Arbeitgeber war darauf gerichtet, daß die Pflegeversicherung in diesen Fällen die Sachleistung zur Verfügung stellt. Die finanziellen Auswirkungen würden, wenn sich diese Regelung auf die genannten 500 bis 800 Fälle tatsächlich begrenzen ließe, für die Pflegeversicherung unter 15 Mio. DM betragen. Weil sich auch nach der abermaligen Prüfung im Rahmen des Vermittlungsverfahrens zum 1. SGB XI-ÄndG eine juristisch tragfähige und in der Praxis durchsetzbare Begrenzung nicht finden läßt, besteht wegen der präjudizierenden Wirkung für den gesamten Bereich der häuslichen Pflege die große Gefahr einer unbegrenzten Ausdehnung dieses Modells mit für die Pflegeversicherung nicht tragbaren finanziellen Auswirkungen.

16. Welche Auswirkungen sollte nach Auffassung der Bundesregierung die Zahlung von Pflegegeld auf die Gewährung von Landesblindengeld und andere Nachteilsausgleiche nach der Konzeption des PflegeVG haben, und welche Regelungen gibt es dazu in den einzelnen Bundesländern?

Die Gewährung von Landesblindengeld wird von den Ländern im Rahmen ihrer eigenen Gesetzgebungskompetenz geregelt. Fragen der Konkurrenz zu Leistungen der Pflegeversicherung sind damit ausschließlich Sache der Länder. Soweit die Blindheit Ursache der Pflegebedürftigkeit ist, können nach Auffassung der Bundesregierung nicht beide Leistungen in vollem Umfang nebeneinander erbracht werden.

17. Wie schätzt die Bundesregierung die Konsequenzen für die Ausgabensituation der Pflegekassen sowie für die Leistungserbringung ein, die sich aus der mehrheitlichen Entscheidung der Antragstellerinnen und Antragsteller für ein Pflegegeld ergeben?

Auf der Grundlage der Leistungsstatistiken der Pflegekassen ergibt sich bei den Leistungsempfängern im Jahresdurchschnitt 1995 ein Verhältnis von 88 % Geldleistung zu 12 % Pflegesachleistung. Aus der Finanzstatistik ergibt sich für die Ausgaben ein Verhältnis von 82 % zu 18 %; demgegenüber ist die Finanzschätzung von Ausgaben im Verhältnis von 76 % zu 24 % ausgegangen. Der höhere Anteil des niedrigeren Pflegegeldes hat 1995 zu den Minderausgaben gegenüber den Annahmen der Finanzschätzung beigetragen.

18. Welche Leistungslücken sind bei einem Vergleich der bisher im Rahmen des BSHG nach den §§ 68 und 69 sowie des SGB V nach den §§ 52 ff. gewährten Leistungen im Pflegefall mit den Leistungen der Pflegeversicherung offensichtlich geworden?

Durch Einführung der Pflegeversicherung sind „Leistungslücken" zum bisherigen Recht nicht eingetreten. „Leistungslücken" können auch nicht eintreten. Nach bisherigem Recht hat die Sozialhilfe bei wirtschaftlicher Bedürftigkeit nach dem individuellen Bedarf Hilfe zur Pflege geleistet. Die Hilfe zur Pflege wird durch die einkommens- und vermögensunabhängigen Leistungen der Pflegeversicherung abgelöst. Soweit im Einzelfall die Leistungen der Pflegeversicherung den festgestellten notwendigen Bedarf nicht decken, besteht weiterhin Anspruch auf Sozialhilfeleistungen.

19. Welche Leistungen zur Unterstützung der Mobilität und der Kommunikation, insbesondere für Menschen mit Behinderungen, sieht das PflegeVG vor, und hält die Bundesregierung diese für ausreichend?

1. Die notwendigen Hilfen bei der Mobilität sind neben dem Hilfebedarf bei der Körperpflege und der Ernährung der dritte wichtige Bereich für die Feststellung des Hilfebedarfs bei der Grundpflege und damit entscheidend für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einer Pflegestufe, sie gehören mit zur Grundpflege.

   Zu den Leistungen im Bereich der Mobilität gehören Hilfen beim Aufstehen und Zubettgehen, beim An- und Auskleiden, beim Gehen und Stehen, dem Treppensteigen und dem Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung.

   Außerhalb der Wohnung sind Mobilitätshilfen bei solchen Verrichtungen vorgesehen, die für die Aufrechterhaltung der Lebensführung zu Hause unumgänglich sind und das persönliche Erscheinen des Pflegebedürftigen notwendig machen, wie das Aufsuchen von Ärzten, sonstigen Therapeuten, Apotheken oder Behörden. Hierzu gehören auch das damit in Zusammenhang stehende Gehen, Stehen und Treppensteigen außerhalb der Wohnung.

   Die Mobilität wird nicht nur als eigener Hilfebereich berücksichtigt, sondern auch im Rahmen der Leistungen in den anderen Hilfebereichen der Körperpflege und Ernährung sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung gefördert; dies ergibt sich aus der gesetzlichen Vorgabe, daß die Pflege grundsätzlich als aktivierende Pflege zu erbringen ist. Der Pflegebedürftige ist zu motivieren und zu mobilisieren, er ist zur eigenständigen Ausführung der Verrichtungen des täglichen Lebens anzuleiten, die Hilfe soll möglichst Hilfe zur Selbsthilfe mit umfassen. Aktivierende Maßnahmen sollen alle körpernahen Verrichtungen der Grundpflege einbeziehen und auch die hauswirtschaftliche Versorgung mit einschließen. Zur aktivierenden

Pflege gehört z. B. die Anleitung zum selbständigen Essen statt passiver Nahrungsaufnahme, ebenso wie z. B. bei Personen mit Antriebsstörungen die Hilfe beim Aufstehen und Zubettgehen das regelmäßige, wiederholte Auffordern und Motivieren zum Aufstehen umfaßt. Personen, die nicht ohne Hilfe das Bett verlassen können, dürfen nicht als bettlägerig „abgestempelt" werden, vielmehr soll dem Pflegebedürftigen geholfen werden, sich soweit wie möglich selbständig, z. B. in einem Rollstuhl, zu bewegen.

2. Die Pflegeversicherung sieht Hilfen bei der Kommunikation nicht als eigenständige Leistungen vor. Das Eingehen auf das Kommunikationsbedürfnis im Zusammenhang mit der Erbringung von Pflegeleistungen ist selbstverständlicher Bestandteil und damit Charakteristikum einer qualitativ guten und humanen Pflege.

Die aktivierende Pflege ist grundsätzlich personen- und zuwendungsorientiert. Sie erfordert ein individuelles Vorgehen und persönliche Anteilnahme und Ansprache. Beim Umgang mit dem Pflegebedürftigen sind seine Fähigkeiten, Gewohnheiten, Wünsche und Ängste zu berücksichtigen und seine gesamte Persönlichkeit zu achten. Zu den individuellen Bedürfnissen des einzelnen Pflegebedürftigen, auf die bei der Pflege einzugehen ist, gehört auch das Bedürfnis nach Kommunikation und besonderer Zuwendung. Dieser Bereich hat in § 28 Abs. 4 SGB XI ausdrückliche Erwähnung gefunden. In Fällen, in denen sich eine Vereinsamungstendenz des Pflegebedürftigen abzeichnet, sollte sich die Pflegekraft auch um die Vermittlung von Gesprächsmöglichkeiten für den Pflegebedürftigen mit ehrenamtlichen Kräften anderer sozialer Dienste oder Einrichtungen bemühen. Bei stationärer Pflege wird das Kommunikationsbedürfnis in erheblichem Umfang durch den Kontakt zu anderen Heimbewohnern befriedigt werden können, wie auch durch Maßnahmen der sozialen Betreuung im Heim, deren Kosten von den Pflegekassen im Rahmen der leistungsrechtlichen Höchstbeträge mitfinanziert werden.

III. Avisierte Effekte und Wirklichkeit

20. Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse darüber vor, mit welchen Begründungen eine Mehrheit der Sozialhilfeträger in den einzelnen Bundesländern zum 1. April 1995 ihre Leistungen im Bereich „Hilfe zur Pflege" einstellte, und wie hoch beziffert die Bundesregierung die daraus resultierenden Einsparungen in der Sozialhilfe in den einzelnen Ländern?

In der Sozialhilfepraxis waren bei der Auslegung der Besitzstandsregelung des Artikels 51 PflegeVG a. F. Zweifelsfragen aufgetreten, die auch durch Rundschreiben der zuständigen Bundesministerien und der obersten Landessozialbehörden nicht ausgeräumt werden konnten. Durch das rückwirkende Inkrafttreten der Klarstellung des Artikels 51 PflegeVG ist gewährleistet, daß entgegenstehende Entscheidungen der Sozialhilfeträger rückwirkend korrigiert werden müssen. Deshalb sind auch keine Einsparungen zu erwarten.

21. Liegen der Bundesregierung ferner Erkenntnisse darüber vor,

– ob vom 1. April 1995 an Unterschiede im Zusammenhang mit der Leistungserbringung im Bereich „Hilfe zur Pflege" zwischen den Sozialhilfeträgern in den Bundesländern zu konstatieren sind und wie sie begründet sind;

– in welchen Bundesländern nach dem 1. April 1995 durch die Sozialhilfeträger mit Bezug auf die Pflegeversicherung Leistungen der Eingliederungshilfe gekürzt wurden, wie hoch die daraus resultierenden Einsparungen in der Sozialhilfe sind, und wie bewertet die Bundesregierung diese Entwicklung;

– wie hoch die 1995 aufgrund der Pflegeversicherung im ambulanten Bereich eingesparten Ausgaben in der Sozialhilfe sind, differenziert nach Ländern, und wie viele Menschen aufgrund der Leistungen der Pflegeversicherung aus dem Bezug der Sozialhilfe herausgefallen sind;

– wie vielen Empfängerinnen und Empfängern von Pflegeleistungen nach den §§ 68 und 69 BSHG sowie nach den §§ 52ff. SGB V nach dem 31. März 1995 der Bestandsschutz verweigert wurde und welche finanziellen Auswirkungen das für die Menschen sowie für die Leistungserbringer hatte (Sozialhilfeträger/ Krankenkassen);

– wie viele Arbeitsplätze im Bereich der Hilfe und Pflege mit Einführung der Pflegeversicherung neu geschaffen wurden (bitte differenziert nach MDK, Verwaltung, Pflegebereich);

– wann und mit welchen Ergebnissen (Höhe und Begründung für die Höhe der Vergütung) in den Ländern Vergütungsrichtlinien zur Pflege abgeschlossen wurden?

Zum 1. Spiegelstrich

Die bei der Umsetzung eines jeden neuen Gesetzes bestehenden Anlaufschwierigkeiten konnten nach Erkenntnissen der Bundesregierung weitgehend beseitigt werden. Unterschiedliche Verfahrensweisen von Sozialhilfeträgern bei der Leistungserbringung im Bereich „Hilfe zur Pflege" ab dem 1. April 1995 zeigten sich bei der Frage der Weitergewährung der bisher geleisteten Hilfe zur Pflege bis zur Entscheidung über die Gewährung der Leistungen der Pflegekassen.

Zum 2. Spiegelstrich

Der Bundesregierung ist eine Kürzung der Leistungen im Bereich der Eingliederungshilfe für Behinderte nach dem Bundessozialhilfegesetz durch die Einführung der Pflegeversicherung nicht bekannt.

Zum 3. Spiegelstrich

Der Bundesregierung liegen hierzu noch keine Daten aus der amtlichen Statistik vor.

Zum 4. Spiegelstrich

Hierzu liegen der Bundesregierung keine statistischen Angaben vor.

Zum 5. Spiegelstrich

Die nachfolgende Statistik gibt die Anzahl der bei den MDK (einschließlich MDS) eingerichteten Stellen zu den Stichtagen 30. Juni 1994 und 30. Juni 1995 wieder. Die Statistik erfaßt nur besetzte Stellen, vakante Stellen werden nicht aufgeführt. Berücksichtigt wurden ausschließlich beamtete und angestellte Ärzte und Zahnärzte, Pflegefachkräfte und das Verwaltungspersonal der MDK-Beratungs- und Begutachtungsstellen sowie das Verwaltungspersonal der MDK-Geschäftsführungen.

Der Zuwachs in diesen Sparten kann zu einem Großteil mit der Erweiterung des Aufgabenspektrums der MDK im Rahmen des Pflege-Versicherungsgesetzes erklärt werden. Über den Personalzuwachs seit 30. Juni 1995 können derzeit keine Aussagen getroffen werden.

Personalstatistik der Medizinischen Dienste
(Besetzte Stellen)

	30. 6. 1995	30. 6. 1994	Differenz 1995–1994
Beamtete und angestellte Ärzte und Zahnärzte	1 855	1 597	258
Pflegefachkräfte	384	17	367
Verwaltungspersonal der MDK-Beratungs- und Begutachtungsstellen	2 445	2 211	234
Verwaltungspersonal der MDK-Geschäftsführung	559	442	117
Personal der Wirtschaftsdienste	177	190	– 13

Weitere Unterlagen über die Zahl zusätzlicher Arbeitsplätze liegen der Bundesregierung nicht vor.

Zum 6. Spiegelstrich

Die Spitzenverbände der Pflegekassen haben in einer Bundesempfehlung 18 Leistungskomplexe zur Vergütung von ambulanten Pflegeleistungen gebildet (siehe Anlage 4). Nach diesem Leistungskomplexsystem werden üblicherweise zusammenfallende pflegerische Verrichtungen zu Leistungspaketen zusammengefaßt. Für jedes dieser Leistungspakete wurde der durchschnittlich erforderliche Zeitaufwand erfaßt und in Punktzahlen umgerechnet. Die jeweilige Vergütung ergibt sich durch Multiplikation der Punktzahl des erbrachten Leistungspaketes mit dem zwischen den Vereinbarungspartnern auszuhandelnden Punktwert. In den meisten Ländern wurden von den Vereinbarungspartnern Leistungskomplexsysteme zur Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen vereinbart oder durch Schiedsstellenentscheidung festgesetzt. Die auf Landesebene zustande gekommenen Vereinbarungen weisen untereinander erhebliche Unterschiede auf und weichen zum Teil auch erheblich von der Bundesempfehlung ab. Dies betrifft insbesondere den Inhalt der einzelnen Leistungskomplexe, die Punktzahlen für die Leistungskomplexe und die Vergütungen für Wege- oder Nachtpauschalen. Die Punktwerte, die im Leistungskomplexsystem letztlich entscheidend sind für die Vergütungshöhe, variieren zwischen 5,0 und 7,8 Pfennigen. Sie wurden entweder landesweit einheitlich oder differenziert nach organisierten und nichtorganisierten privaten Pflegediensten sowie Wohlfahrtsverbänden vereinbart. Teilweise wurden auch für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung unterschiedliche Punktwerte festgelegt. In einigen Ländern wurden nach Zeitaufwand oder Einsätzen zu bemessende Pauschalvergütungen beibehalten oder Mischsysteme aus dem Leistungskomplexsystem und Pauschalvergütungen verankert. Die Vielgestaltigkeit der Vergütungssysteme entzieht sich einer vergleichenden Darstellung im Rahmen einer Übersicht.

Die Spitzenverbände der Pflegekassen bemühen sich derzeit um eine Anpassung der Bundesempfehlung. Eine Verkleinerung der Leistungskomplexe sowie Angaben zur Abrechnungshäufig- und -fähigkeit der einzelnen Komplexe sollen dem individuellen Hilfebedarf des Pflegebedürftigen besser gerecht zu werden.

22. Wie bewertet die Bundesregierung die durchschnittliche Höhe der Vergütung für einen Pflegeeinsatz unter dem Aspekt einer tariflichen und qualifikationsgemäßen Entlohnung der im Pflegebereich Beschäftigten (bitte im Rahmen einer Modellrechnung darstellen und erläutern)?

Aussagen zur tariflichen und qualifikationsgemäßen Entlohnung der Pflegekräfte lassen sich im Rahmen des neuen Vergütungssystems nicht aus einer Modellrechnung zur durchschnittlichen Höhe der Vergütung für einen Pflegeeinsatz ableiten. Das neue Vergütungssystem sieht keine feste Vergütung für Pflegeeinsätze vor. Vielmehr wird überwiegend auf Basis des Leistungskomplexsystems abgerechnet. In der Praxis werden regelmäßig während eines Einsatzes mehrere Leistungspakete erbracht. Damit kann, anders als in der Vergangenheit, kein bestimmter Durchschnittssatz für die ambulante Pflegeleistung bestimmt werden. Die konkret zu zahlende Vergütung hängt vom Preis und der Zahl der abgerufenen Leistungspakete ab. Darüber hinaus werden während eines Einsatzes regelmäßig auch Leistungen der Behandlungspflege erbracht, die nicht gegenüber den Pflegekassen abgerechnet werden können. Die Pflegeeinrichtungen können deshalb nach Auffassung der Bundesregierung mit den auf Landesebene zwischen den Leistungserbringern und den Kostenträgern vereinbarten Preisen für die Leistungskomplexe Erlöse erwirtschaften, die ausreichend sind, um tarifgerechte Löhne für alle in der Pflege tätigen Kräfte zu zahlen.

23. Was versteht die Bundesregierung unter „Qualitätssicherung in der Pflege", und welche Kriterien sind dafür maßgebend heranzuziehen?

Der den Pflegekassen nach § 69 SGB XI obliegende Sicherstellungsauftrag, eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten, erfordert eine ständige Sicherung der Qualität der Pflege. Die Selbstverwaltungen der Beteiligten – Kostenträger und Pflegeeinrichtungen – wurden daher verpflichtet, in Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen und den Verbänden der Pflegeberufe und der Behinderten auf Bundesebene Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Pflege sowie für das Verfahren zur Durchführung der Qualitätssicherung zu vereinbaren (§ 80 SGB XI).

Die Selbstverwaltungen haben entsprechende Grundsätze und Maßstäbe zur Qualitätssicherung entwickelt, die sich für die ambulante Pflege, die Kurzzeitpflege und die teilstationäre Pflege bereits im Unterschriftsverfahren befinden. Für die vollstationäre Pflege liegt ein auf der Fachebene abgestimmter Entwurf vor. Die Bundesregierung sieht daher derzeit keinerlei Veranlassung, eigene Kriterien für die Qualitätssicherung in der Pflege aufzustellen.

24. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung zu den in den Pflegediensten und Einrichtungen beschäftigten Personen (differenziert nach Geschlecht, Qualifikation und Tätigkeitsfeld), zur Einkommenssituation dieser Personen, und wie viele werden auf der Grundlage von Tarifverträgen entlohnt?

Zu den in Pflegediensten und Einrichtungen beschäftigten Personen liegt der Bundesregierung aussagekräftiges Zahlenmaterial nicht vor.

25. Ist die Bundesregierung der Auffassung, daß im Rahmen der vereinbarten Vergütungen eine Qualitätssicherung in der Pflege gewährleistet werden kann, und wie begründet sie ihre Auffassung?

Nach Angaben der Pflegekassen ist in den Vergütungsvereinbarungen eine bestimmte Qualität der Pflege zugrunde gelegt worden, deren Grundzüge auch in den Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI festgelegt werden.

Vor diesem Hintergrund geht die Bundesregierung davon aus, daß im Rahmen der vereinbarten Vergütungen die Qualität in der Pflege gewährleistet werden kann.

26. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, daß ein Vergütungssatz von 40 DM/Pflegeeinsatz untertarifliche und unqualifizierte Arbeit in großem Umfang fördert?

Falls nein, aus welchen Gründen vertritt sie eine andere Auffassung?

Auf die Antwort zu Frage 22 wird verwiesen.

27. Wie viele Menschen sind nach Erkenntnissen der Bundesregierung auf der Grundlage eines Honorarvertrages in Pflegediensten und Einrichtungen tätig (bitte konkrete Angaben bzw. geschätzte Zahlen und nach Bundesländern)?

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse vor, wie viele Menschen auf der Grundlage eines Honorarvertrages in Pflegediensten und Einrichtungen tätig sind.

28. Inwieweit haben nach Auffassung der Bundesregierung die Pflegekassen bei den Vergütungsverhandlungen verbindliche Tarifverträge ihrer Vertragspartner anzuerkennen, und welche Konsequenzen ergeben sich daraus für die finanzielle Situation der Pflegekassen?

Die Pflegeeinrichtungen haben Anspruch auf leistungsgerechte Vergütung. In den Vergütungsverhandlungen ist daher auch über die sach- und fachgerechte Eingruppierung des Personals der Pflegeeinrichtungen zu sprechen (siehe auch Frage 26). Das Prinzip leistungsgerechter Vergütungen stellt allerdings zugleich eine Absage an jegliche Form der Kostenerstattung dar. Eine starre Bindung an Tarifverträge liefe weitgehend auf eine Erstattung der Personalkosten hinaus. Dies widerspräche der Vergütungssystematik des SGB XI. Das früher praktizierte Selbstkostendeckungsprinzip hat sich weder im Sozialhilferecht noch im Krankenhausfinanzierungsrecht bewährt und ist daher auch in beiden Regelkreisen aus guten Gründen abgeschafft worden.

29. Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse darüber vor, wann und in welchen Bundesländern Pflegeausführungsgesetze in den parlamentarischen Gremien beraten und beschlossen wurden und welche Konsequenzen für die hilfe- und pflegebedürftigen Menschen sowie für entsprechende ambulante Dienste sich aus der Nichtexistenz von Pflegeausführungsgesetzen in den Bundesländern für das Jahr 1995 ergaben?

Verabschiedete Ausführungsgesetze gibt es jetzt in Berlin (Gesetz vom 26. März 1995), Brandenburg (Gesetz vom 27. Juni 1995), Baden-Württemberg (Gesetz vom 20. September 1995), Bayern (Gesetz vom 19. Oktober 1995), Bremen (Gesetz vom 26. März 1996), Hessen (Gesetz vom 19. Dezember 1994), Mecklenburg-Vorpommern (Gesetz vom 21. Februar 1996), Nordrhein-Westfalen (Gesetz vom 19. März 1996), Rheinland-Pfalz (Gesetz vom 28. März 1995), Saarland (Gesetz vom 21. Juni 1995), Schleswig-Holstein (Gesetz vom 10. Februar 1996) und Sachsen (Gesetz vom

25. März 1996). Somit waren 1995 in neun Bundesländern noch keine Pflegegesetze verabschiedet.

Erkenntnisse darüber, ob und ggf. welche Nachteile sich für Pflegebedürftige oder für ambulante Dienste aus der Nichtexistenz von Pflegeausführungsgesetzen im Jahr 1995 ergeben haben, liegen der Bundesregierung nicht vor.

30. Wie ist der Stand der Bildung von Pflegeausschüssen in den Ländern, und in welchen Ländern sind Behindertenverbände gleichberechtigt in die Arbeit einbezogen worden (bitte konkret)?

Der Stand der Bildung von Pflegeausschüssen sowie die gleichberechtigte Beteiligung von Behindertenverbänden ist Anlage 5 zu entnehmen.

IV. Zum Stand der Vorbereitung der zweiten Stufe der Pflegeversicherung

31. Welche Verordnungen und Richtlinien sind als Grundlagen für die zweite Stufe der Pflegeversicherung neu zu erlassen, welchen muß die Bundesregierung zustimmen, und wie ist der gegenwärtige Erarbeitungsstand?

Das Inkraftsetzen der 2. Stufe der Pflegeversicherung kann wegen des Ergebnisses des Gutachtens des Sachverständigenrates für die Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung nicht im Wege einer Rechtsverordnung erfolgen. Hierzu ist ein Gesetz erforderlich. Die Bundesregierung hat am 18. Dezember 1995 einen entsprechenden Gesetzentwurf zum Inkraftsetzen der 2. Stufe der Pflegeversicherung eingebracht. Diesem haben der Deutsche Bundestag und der Bundesrat inzwischen zugestimmt. Die 2. Stufe tritt am 1. Juli 1996 in Kraft.

Die für die Begutachtung der Pflegebedürftigen in den Heimen notwendige Anpassung der Pflegebedürftigkeits-Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen ist erfolgt. Die insoweit überarbeiteten und ergänzten Richtlinien wurden am 29. Dezember 1995 vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung genehmigt.

Auf der Basis der Erfahrungen bei der Begutachtung der stationär Pflegebedürftigen sind die Richtlinien zur Anwendung der Härtefallregelungen für den stationären Bereich zu erarbeiten.

32. Wie begründet die Bundesregierung, daß bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt entsprechende notwendige Verordnungen und Richtlinien für das Inkrafttreten der zweiten Stufe noch nicht erlassen worden sind, obwohl entsprechende Entwürfe seit längerem vorliegen (bitte konkrete, auf die einzelnen Verordnungen bezogene Ausführungen)?

Mit Verabschiedung des 1. SGB XI-ÄndG liegen die für die Umsetzung der 2. Stufe erforderlichen gesetzlichen Regelungen vor. Insbesondere mit der in diesem Gesetz enthaltenen Übergangsregelung ist gewährleistet, daß die Pflegekassen die Versicherungsleistungen mit festen Zahlbeträgen erbringen können, ohne daß es zum jetzigen Zeitpunkt einer Verordnung zur Abgrenzung der allgemeinen Pflegeleistungen von den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung sowie den Zusatzleistungen nach § 83 Abs. 1 Nr. 2 und Nr. 4 SGB XI bedarf. Der Entwurf der Bundesregierung zur Pflege-Abgrenzungsverordnung (BR-Drucksache 289/95) war am Widerstand der Länder in der Festlegung der Wertgrenze zwischen Anlagegütern und Verbrauchsgütern gescheitert.

33. Von welchen Modellrechnungen geht die Bundesregierung bei der Kalkulation der sogenannten Hotel- und Verpflegungskosten, die von den Bewohnerinnen und Bewohnern selbst übernommen werden, im Zusammenhang mit der stationären Pflege aus (bitte konkret ausführen)?

Der Bundesregierung liegen drei von ihr in Auftrag gegebene Studien vor, die Aussagen zur Kalkulation der Hotel- und Verpflegungskosten beinhalten.

Die Kosten der untersuchten 54 stationären Pflegeeinrichtungen mit 6 246 Heimplätzen wurden dahin gehend abgegrenzt, daß sämtliche Personal- und Sachkosten aus Speisenversorgung (Küche), Gebäudereinigung und Wäschereinigung und zusätzlich hälftig die Kosten für den Bereich allgemeine betriebsbedingte Dienstleistungen (Personal der Verwaltung, Verwaltungssachbedarf, Energiekosten, allgemeine Aufwendungen und Erträge) den Kosten für Unterkunft und Verpflegung zugerechnet wurden. Danach beträgt der Kostenanteil für Unterkunft und Verpflegung rund 30 bis 37 % der Pflegesätze der Einrichtungen.

34. Wie hoch sind nach Erkenntnissen der Bundesregierung gegenwärtig in den einzelnen Bundesländern die durchschnittlichen Hotel- und Verpflegungskosten in Einrichtungen der Behindertenhilfe sowie der Altenpflege, und wie haben sie sich seit 1990 verändert?

Da derzeit keine Differenzierung der Kosten im Sinne der Fragestellung in Einrichtungen der Behindertenhilfe sowie der Altenpflege vorgenommen wird, kann die Bundesregierung keine Aussagen zur Höhe der durchschnittlichen Hotel- und Verpflegungskosten in diesen Einrichtungen machen.

35. Wie hoch wird nach Einschätzung der Bundesregierung mit Inkrafttreten der zweiten Stufe der Pflegeversicherung, unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Einkommen (insbesondere der Renten und Pensionen), voraussichtlich der Anteil der Sozialhilfe bei der Begleichung der Hotel- und Verpflegungskosten sein (bitte differenziert nach verschiedenen Einkommensgruppen)?

Der Gesetzgeber ist angetreten mit dem sozialpolitischen Ziel, möglichst viele Pflegebedürftige aus der pflegebedingten Sozialhilfeabhängigkeit herauszuführen. Dies wird durch die Leistungen der Pflegeversicherung aufs Ganze gesehen in weitgehendem Umfang erreicht.

Im Einzelfall hängt dies jedoch vom Einkommen des Pflegebedürftigen und von der Höhe der Pflegesätze ab, die je nach Grad der Pflegebedürftigkeit, aber auch von Region zu Region eine erhebliche Schwankungsbreite aufweisen. Diese reicht von Werten, die unter 2 500 DM liegen können, bis zu Werten, die über 7 000 DM hinausgehen können. Der durchschnittliche Pflegesatz beträgt in den alten Bundesländern derzeit rd. 4 000 DM und in den neuen Bundesländern rd. 3 400 DM. Insbesondere in strukturschwachen Gebieten können die Durchschnittswerte auch deutlich niedriger liegen (z. B. liegt der Durchschnitt in der Oberpfalz bei 3 600 DM); in Ballungsgebieten können die durchschnittlichen Pflegesätze die genannten Durchschnittsbeträge allerdings auch erheblich überschreiten.

Legt man den derzeitigen durchschnittlichen Pflegesatz von rd. 4 000 DM in den alten und 3 406 DM in den neuen Bundesländern zugrunde, reicht bei einer durchschnittlichen Leistung der Pflegeversicherung von 2 500 DM ein Einkommen von rd. 1 700 DM in den alten und von rd. 1 100 DM in den neuen Bundesländern aus, um Sozialhilfeabhängigkeit zu vermeiden, wobei neben den Hotelkosten auch Investitionskosten berücksichtigt sind, die die Pflegesätze belasten. Ein verfügbares Alterseinkommen in Höhe von 1 700 DM und mehr hatten 1995 in den alten Bundesländern nach den Ergebnissen des Forschungsberichts Alterssicherung in Deutschland „ASiD" rd. 78 % der über 70jährigen Männer und rd. 57 % der über 70jährigen Frauen. Vergleichbare Zahlen weist die ASiD für 1995 für die neuen Bundesländer derzeit noch nicht auf. Nach der für 1995 vorliegenden Statistik der Rentenzahlbeträge (Stichtag 1. Juli 1995), die im Gegensatz zur ASiD nur die Renteneinkommen und keine anderen Einkommen wiedergibt, haben aber rd. 95 % der über 70jährigen Männer und rd. 69 % der über 70jährigen Frauen in den neuen Bundesländern bereits ein Renteneinkommen von über 1 100 DM.

Die „Eckrente" beträgt derzeit 1 942 DM in den alten und 1 598 DM in den neuen Bundesländern.

Soweit Lücken zwischen verfügbarem Einkommen und Leistungen der Pflegeversicherung einerseits und dem zu entrichtenden Pflegesatz andererseits bleiben, werden sie in dem Umfang weiter verringert, in dem die Länder Investitionsaufwendungen, die andernfalls die Pflegesätze belasten würden, direkt (z. B. durch die Bereitstellung von Fördermitteln für neu anfallende und für in der Vergangenheit bereits durchgeführte Investitionen) oder indirekt (z. B. über ein Pflegewohngeld) übernehmen. Auch hierdurch wird die Zahl der Betroffenen, die weiterhin sozialhilfeabhängig sind, gemindert. Kämen alle Länder ihrer Verpflichtung zur Übernahme der Investitionskosten in vollem Umfang nach, insbesondere durch eine weitergehende Bereitstellung von Fördermitteln für in der Vergangenheit bereits durchgeführte Investitionen, würde die Zielsetzung des Gesetzgebers, möglichst viele Pflegebedürftige aus der Sozialhilfeabhängigkeit zu befreien, in noch größerem Umfang erreicht.

Für die neuen Bundesländer ist zu berücksichtigen, daß nach dem Investitionshilfeprogramm nach Artikel 52 PflegeVG in den Jahren 1995 bis 2002 aus Bundesmitteln insgesamt 6,4 Mrd. DM (800 Mio. DM jährlich) für Investitionen in Pflegeeinrichtungen zur Verfügung stehen, die durch Komplementärmittel aus den Ländern auf 8 Mrd. DM aufgestockt werden. Dies wird zu einer erheblichen Entlastung der Pflegebedürftigen beitragen.

Im übrigen sind auch die in den derzeit gezahlten Pflegesätzen enthaltenen Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen. Auch hierdurch kann der Personenkreis, der von Sozialhilfe abhängig bleibt, noch einmal deutlich reduziert werden.

Die Leistungen der Pflegeversicherung führen darüber hinaus zu einer Entlastung der unterhaltspflichtigen Familienangehörigen von Pflegebedürftigen, die bisher, weil die Mittel des Pflegebedürftigen zur Abdeckung der Heimkosten nicht ausreichten, aus eigenen Einkünften zu den Heimkosten beigetragen haben im Wege des Regresses durch den Sozialhilfeträger oder um Sozialhilfebedürftigkeit des Pflegebedürftigen zu vermeiden.

36. Welche Vorstellungen hat die Bundesregierung zur Problematik des Bestandsschutzes in stationären Einrichtungen bei der Erbringung von Pflege- und Betreuungsleistungen (insbesondere bei Pflegestufe „0") sowie unter dem Aspekt einer sogenannten Fehlbelegung?

Im Ersten Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (1. SGB XI-ÄndG) ist geregelt, daß Hilfebedürftigen unterhalb der Pflegestufe I auch in teil- und vollstationären Einrichtungen Hilfe zur Pflege nach dem Bundessozialhilfegesetz gewährt werden kann, wenn es nach der Besonderheit des Einzelfalles geboten ist. Damit ist sichergestellt, daß auch nach Inkrafttreten der 2. Stufe der Pflegeversicherung Pflegebedürftige unterhalb der Pflegestufe I, die sich bereits in teil- und vollstationären Einrichtungen befinden und von daher nicht mehr häuslich versorgt werden können, auch weiterhin stationäre Hilfe zur Pflege nach dem Bundessozialhilfegesetz erhalten.

37. Welche Vorstellungen hat die Bundesregierung, um Leistungsansprüche der pflege- und hilfebedürftigen Menschen in Pflegeheimen auf behandlungspflegerische Leistungen eindeutig zu regeln, und wer soll für welche Kosten zuständig sein?

Die Kosten der durch heimeigenes Personal erbrachten behandlungspflegerischen Leistungen werden im Rahmen der leistungsrechtlichen Obergrenze bis zum

31. Dezember 1999 von der Pflegekasse übernommen. Im Jahr 1999 prüfen Deutscher Bundestag und Bundesrat, ob und in welchem Umfang diese Aufwendungen ab 1. Januar 2000 von der sozialen Pflegeversicherung oder der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen sind.

38. Wie bewertet die Bundesregierung Informationen – geäußert auf einem Hearing der AOK in Thüringen am 14. November 1995 – wonach in den Heimen nur noch Menschen mit der Pflegestufe III sowie Härtefälle Aufnahme finden?

Nach Aussagen des Arbeitskreises der Pflegekassen der AOK hat es am 14. November 1995 keine Äußerung gegeben, wonach in Heimen im Freistaat Thüringen nur noch Menschen mit der Pflegestufe III sowie in Härtefällen Aufnahme finden sollen.

Richtig ist, daß die Unterstützung und Stärkung der ambulanten Pflege durch die 1. Stufe der Pflegeversicherung erkennbar dazu geführt hat, daß die Anträge auf Heimunterbringung zurückgegangen sind.

Die Befürchtung, in Pflegeheimen würden nur noch Menschen der Pflegestufe III sowie Härtefälle aufgenommen werden können, ist jedoch unbegründet.

Auch die ersten Ergebnisse aus den in stationären Pflegeeinrichtungen angelaufenen Begutachtungen belegen, daß für Menschen aller Pflegestufen Platz in Pflegeheimen ist.

39. Wie bewertet die Bundesregierung die Konzepte „Wohnen und Pflege älterer Menschen unter einem Dach", und werden die Regelungen des PflegeVG diesen Konzepten nach Auffassung der Bundesregierung gerecht, oder sieht sie insoweit gesetzgeberischen Handlungsbedarf?

Die Bundesregierung läßt sich in ihrer Altenpolitik von dem Grundsatz leiten, daß auch ältere Menschen mit Pflegebedarf ein Recht auf ein möglichst selbstbestimmtes und selbständiges Leben und Wohnen haben. Dies bedeutet, daß Wohnungen gebaut werden, in denen gepflegt und Pflegeeinrichtungen, in denen gewohnt werden kann. Für die Bundesregierung sind deshalb Konzepte des Wohnens und der Pflege unter einem Dach notwendiger Bestandteil der Politik für ältere Menschen.

Die Bundesregierung verweist in diesem Zusammenhang auf die Ergebnisse der von ihr in Auftrag gegebenen Forschungs- und Modellvorhaben „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten – MuG I", „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen – MuG II" und „Haus am Weinberg", die die Richtigkeit dieser Konzepte bestätigen.

Das durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Auftrag gegebene Modellvorhaben „Haus am Weinberg" hatte zum Ziel, ein Wohnangebot für ältere Menschen zu konzipieren, das sowohl optimale Autonomie in der eigenen, in sich abgeschlossenen Wohnung als auch flexible und verläßliche Hilfen und Dienstleistungen im hauswirtschaftlichen, pflegerischen und psychosozialen Bereich gewährleistet. Ein Umziehen sollte nicht mehr notwendig sein. Die Vorteile der Privatwohnung (Privatheit, Vertrautheit, Selbständigkeit) sollten mit den Vorteilen einer Altenhilfeeinrichtung (Befriedigung von Kontakt-, Versorgungs- und Sicherheitsbedürfnissen) zusammengeführt werden. Die wissenschaftliche Begleitforschung kommt zu dem Ergebnis, daß sich das Leitbild, das in der Fachdiskussion vom „Selbständigen Wohnen im Alter bei gesicherter Pflege" diskutiert wird, verwirklichen läßt.

Durch die Regelungen der 1. Stufe der Pflegeversicherung sind die Voraussetzungen für die Verwirklichung des Konzeptes „Wohnen und Pflege älterer Menschen unter einem Dach" erheblich verbessert worden. Der Ausbau ambulanter Hilfen, Formen teilstationärer Angebote sowie Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes der Pflegebedürftigen tragen zur Erhöhung der Pflegebereitschaft und Pflegefähigkeit in privaten Haushalten bei.

Die 1. Stufe der Pflegeversicherung fördert jedoch nicht nur den Verbleib älterer Menschen mit Pflegebedarf in der angestammten Wohnung, sie dient auch der Verbesserung der Situation älterer Menschen mit Pflegebedarf im Sinne des SGB XI, die in Altenwohnheimen und Altenheimen leben, denn auch sie haben Anspruch auf Leistungen nach der 1. Stufe der Pflegeversicherung.

Auch in vollstationären Pflegeeinrichtungen haben sich die Voraussetzungen für das Wohnen verbessert, wie ein Vergleich der Ergebnisse der Infratest-Heimerhebung 1994 zur räumlichen Ausstattung mit dem Zustand der Heime in früheren Jahren zeigt. Festzustellen ist jedoch, auch im Hinblick auf Eignung und die Wohnlichkeit der vollstationären Pflegeeinrichtungen, daß noch Unterschiede zwischen ostdeutschen und westdeutschen Heimen bestehen, z. B. im Hinblick auf den Anteil von Einzelzimmern und auf die Sanitärausstattung. Dies hat die Bundesregierung veranlaßt, im Rahmen der Pflegeversicherung (Artikel 52 PflegeVG) ein Programm auf den Weg zu bringen, durch das eine angemessenere vollstationäre Pflegeinfrastruktur in den neuen Bundesländern geschaffen werden kann.

Auch die 2. Stufe der Pflegeversicherung ist so angelegt, daß in vollstationären Pflegeeinrichtungen Konzepte eines möglichst selbstbestimmten und selbständigen Lebens und Wohnens bestehen bleiben und weiterentwickelt werden können. Wichtig ist, die Rahmenvorgaben des SGB XI durch die Selbstverwaltung so auszugestalten, daß die Heime Orte des Wohnens für Menschen mit Pflegebedarf im Sinne der Pflegeversicherung bleiben oder werden können.

Eine wichtige Rolle kommt hierbei der Qualitätssicherung zu. Auch die Länderregelungen zur Investitionsförderung müssen diesem Ziel entsprechend gestaltet werden.

40. Kann die Bundesregierung Informationen bestätigen, nach denen für die Menschen, die nach dem 1. April 1995 in ein Alten- oder Pflegeheim aufgenommen wurden, kein Bestandsschutz besteht, und welche Vorstellungen zur Lösung der damit verbundenen offenen Fragen hat die Bundesregierung?

Die Pflegebedürftigkeits-Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen sehen als Übergangslösung für Personen, die bis zum 31. März 1996 in eine Pflegeeinrichtung aufgenommen wurden, vor, daß die Notwendigkeit der vollstationären Pflege unterstellt wird.

Für Personen, die nach dem 31. März 1996 in eine Pflegeeinrichtung aufgenommen werden, hat der Medizinische Dienst im Rahmen der Begutachtung eine Aussage zur Erforderlichkeit der Heimpflege zu treffen.

Im übrigen wird auf die Antwort zu Frage 36 verwiesen.

41. Wie begründet die Bundesregierung die im Zusammenhang mit der Härtefallrichtlinie festgesetzten Prozentzahlen (drei Prozent bei ambulanter Pflege, fünf Prozent bei stationärer Pflege), und wie soll nach Ansicht der Bundesregierung bei Überschreitung dieser Prozente verfahren werden?

Die Regelungen zu den genannten Prozentzahlen wurden im Rahmen des Vermittlungsverfahrens zum Pflege-Versicherungsgesetz in § 36 Abs. 4 SGB XI und § 43 Abs. 2 SGB XI eingefügt. Mit diesen Regelungen sollte ein besonders hoher und damit zwangsläufig mit erhöhten Aufwendungen verbundener Pflegebedarf finanziell aufgefangen werden. Im Hinblick auf das begrenzte Finanzvolumen der Pflegeversicherung mußten der Kreis der potentiell Berechtigten und die Höhe der Leistungen begrenzt werden.

Die gesetzgeberische Entscheidung, bei häuslicher Pflege für 3 % aller Schwerstpflegebedürftigen eine Härtefallregelung vorzusehen, bei stationärer Pflege jedoch für 5 % aller Schwerstpflegebedürftigen, entspricht dieser Zielsetzung. Dabei wurde davon ausgegangen, daß wegen der besonderen Förderung und Stärkung der häuslichen Pflege die das Pflege-Versicherungsgesetz vorsieht, in höherer Zahl Schwerstpflegebedürftige die stationäre Pflege in Anspruch nehmen werden. Deshalb wurde es für gerechtfertigt gehalten, hier einen etwas höheren Prozentsatz der Begünstigten festzulegen. Darin liegt keine Benachteiligung der Schwerstpflegebedürftigen, die als Härtefälle im häuslichen Bereich gepflegt werden. Denn für diesen zahlenmäßig geringer eingeschätzten Personenkreis wurde der Leistungsanspruch gegenüber der Pflegekasse auf 3 750 DM pro Monat erhöht. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, daß bei der häuslichen Pflege eines als Härtefall anerkannten Schwerstpflegebedürftigen in höherem Umfang Pflegeeinsätze durch professionelle Pflegekräfte notwendig werden können. Durch die höheren Leistungsansprüche soll dem Pflegebedürftigen und seiner Familie das Abrufen einer größeren Zahl von Pflegeeinsätzen finanziell ermöglicht werden.

Die Einhaltung der 3 %-Grenze für die Härtefälle bei häuslicher Pflege und der 5 %-Grenze bei stationärer Pflege sind neben den medizinisch-pflegerischen Voraussetzungen unabdingbare gleichgewichtige Voraussetzungen für die Anerkennung als Härtefall. Daher sind die Härtefall-Richtlinien so auszugestalten, daß aufgrund eines entsprechenden Zuschnitts der materiellen medizinisch-pflegerischen Voraussetzungen die Wahrscheinlichkeit der Überschreitung der Grenzen weitestgehend ausgeschaltet wird. Die von den Spitzenverbänden der Pflegekassen erarbeiteten und vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung genehmigten Härtefall-Richtlinien werden diesen Anforderungen gerecht, dies zeigen die bisherigen Erfahrungen der Praxis.

42. Welche Auffassung vertritt die Bundesregierung zur Frage der Einrichtung von „Wartelisten" im Zusammenhang mit der Härtefallrichtlinie, und wie bewertet sie die prozentualen Festlegungen unter verfassungsrechtlichen Aspekten?

Auf die Antwort zu Frage 41 wird verwiesen.

43. Wie sichert die Bundesregierung, daß zum 1. Juli 1996 keinem hilfe- und pflegebedürftigen Menschen in stationären Einrichtungen die Pflege- und Hilfeleistungen, unabhängig davon, auf welcher gesetzlichen Grundlage sie zu leisten sind, versagt werden?

Zur Problematik der Pflegestufe 0 wird auf die Antwort zu Frage 36 verwiesen.

Für den Übergang von bisherigen Leistungen der Sozialhilfe zu den Leistungen der Pflegeversicherung haben sich die Spitzenverbände der Pflegeeinrichtungen, die Arbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Pflegekassen und die Rentenversicherungsträger auf eine gemeinsame Empfehlung geeinigt, die einen reibungslosen Übergang sicherstellen soll.

V. *Aids und Pflegeversicherung*

44. Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse darüber vor, wie viele Anträge auf Leistungen nach der Pflegeversicherung von an Aids erkrankten Menschen gestellt wurden und wie vielen stattgegeben wurde (bitte differenziert nach Monaten und Ländern)?

Eine bundesweite Auswertung, differenziert nach Monaten und Ländern, ist z. Z. nicht möglich. Eine Auswertung von 403 107 Gutachten aus sieben Medizinischen Diensten hat folgende Verteilung der Aidskranken auf die einzelnen Pflegestufen ergeben:

Pflegestufe I:	73 Versicherte,
Pflegestufe II:	93 Versicherte,
Pflegestufe III:	47 Versicherte.

Als nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI wurden 108 Anträge begutachtet. Mehr als zwei Drittel der bewilligten und abgelehnten Anträge entfallen auf den städtischen Bereich.

Die o.g. Zahlen entstammen einer Auswertung der Gutachtenformulare zwischen dem 1. Januar und 31. Dezember 1995, die anläßlich der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit im ambulanten Bereich von den Mitarbeitern der Medizinischen Dienste ausgefüllt wurden. In diesem Gutachtenformular werden bis zu zwei pflegebegründende Diagnosen angegeben. Von verschiedenen Vertretern der Medizinischen Dienste wird darauf hingewiesen, daß die Diagnose „Aids-Erkrankung" wegen der damit verbundenen Probleme im Umfeld des Versicherten und auf Wunsch des Versicherten selbst häufig nicht eingetragen und statt dessen auf Folgeerkrankungen der eigentlichen Aids-Erkrankung ausgewichen wird. Dies hat zur Folge, daß die Diagnose „Aids" als pflegebegründende Diagnose eher zu selten erscheint und die Zahl der tatsächlichen Leistungsbezieher aus der Pflegeversicherung mit Aids-Erkrankung höher zu veranschlagen ist.

45. Wie begründet die Bundesregierung ihre Aussage, daß die „Leistungen der Pflegeversicherung – gerade bei Aids-Patienten – eine eher bescheidene Aufgabe" (Drucksache 13/2184) darstellen?

Auf die Antwort zu Frage 46 wird verwiesen.

46. Welche Kriterien sind für die Bundesregierung maßgebend, um der Pflegeversicherung im Falle von Aids nur eine ergänzende Funktion bei der Hilfeleistung zuzuweisen?

In ihrer Antwort auf die Kleine Anfrage des Abgeordneten Volker Beck (Köln) und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Drucksache 13/2184) hat die Bundesregierung bereits darauf hingewiesen, daß die zentrale Aufgabe der medizinischen Versorgung eines Aids-Kranken zunächst die Behandlung seiner Erkrankung ist. Dafür steht das gesamte Leistungsspektrum der Krankenversicherung zur Verfügung, angefangen von der Früherkennung von Krankheiten über die ärztliche Behandlung bis hin zur häuslichen Krankenpflege. Bei den Leistungen zur Behandlung einer Krankheit sind insbesondere die ambulante und stationäre Krankenbehandlung, die Arznei- sowie die Heil- und Hilfsmittelversorgung zu nennen. Beim Vollbild einer Aids-Erkrankung – wie es bei Pflegebedürftigkeit in der Regel anzunehmen ist – kann es sich im Einzelfall um sehr umfangreiche Behandlungsmaßnahmen handeln. Hierzu gehören neben der antiviralen Therapie die Behandlung der durch Pilze und andere Erreger verursachten Infektionen z. B. des Auges, der Schleimhäute, der Leber oder der Lunge. Hinzu kommt die in vielen Fällen notwendige Behandlung von Tumorerkrankungen, wie dem Kaposi-Sarkom oder von Lymphomen. Nicht selten wird auch eine psychiatrische Behandlung erforderlich, z. B. im Rahmen depressiver oder psychotischer Zustände.

47. Ist nach Auffassung der Bundesregierung die Abgrenzung der Bestimmungen der Pflegeversicherung von denen der Krankenversicherung im Falle von Aids eindeutig geregelt, oder sieht sie gesetzgeberischen Handlungsbedarf, um den im Zusammenhang mit der Umsetzung der Pflegeversicherung auftretenden ungeklärten Problemen gerecht zu werden?

Bei Versicherten, die an Aids erkrankt sind, sind besondere Abgrenzungsprobleme im Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bisher nicht bekanntgeworden.

48. Wie beurteilt die Bundesregierung die Möglichkeiten der Pflegekassen und des MDK zum raschen und flexiblen Reagieren auf den nicht gleichbleibenden, aber hohen Hilfe- und Pflegebedarf bei Aids, und welche Veränderungen hält sie im Pflege-Versicherungsgesetz oder in Verordnungen und Richtlinien für angebracht?

Die sachgemäße Begutachtung der Aids-Kranken durch den Medizinischen Dienst war in der Vergangenheit Gegenstand mehrerer Fortbildungsveranstaltungen für die Mitarbeiter der Medizinischen Dienste. In diese Fortbildungsveranstaltungen waren auch die Selbsthilfeverbände für Aids-Kranke eingebunden.

Im Ergebnis ist festzuhalten, daß die Bestimmungen der §§ 14 und 15 SGB XI sowie die Pflegebedürftigkeits-Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen und die „Begutachtungsanleitung Pflege" eine sachgerechte Begutachtung auch von Aids-Kranken ermöglichen. Auch die Wartezeiten auf die Begutachtung konnten gegenüber der Anlaufphase der Pflegeversicherung deutlich reduziert werden. Nach Auskunft des Medizinischen Dienstes ist davon auszugehen, daß in Großstadtregionen innerhalb von vierzehn Tagen bei einem Antrag eines Aids-Kranken begutachtet wird, außerhalb von Großstadtregionen innerhalb von vier Wochen. Nach Abarbeitung der Begutachtungen für die 2. Stufe der Pflegeversicherung (stationäre Pflege) ist davon auszugehen, daß eine weitere Verkürzung der Wartezeiten möglich sein wird.

VI. Hilfe und Pflege in den neuen Bundesländern

49. Wie viele Menschen in den neuen Bundesländern leben nach den Erkenntnissen der Bundesregierung in Alten- bzw. in Pflegeheimen, und wie viele sind hilfe- und pflegebedürftig (bitte differenziert nach Jahren seit 1990, Geschlecht, Altersstruktur darstellen)?

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat zu dieser Frage eine Befragung der neuen Bundesländer durchgeführt. Über die dem Bund im Rahmen der jährlich erscheinenden Heimstatistik gemeldeten Daten hinaus liegen den Ländern nur bruchstückhafte Erkenntnisse vor.

Der Freistaat Sachsen hat 1991 – Stand 1. Mai 1991 – eine Erhebung in den Alten- und Altenpflegeheimen des Freistaates Sachsen durchgeführt. Im Rahmen der Untersuchung wurde auch nach Geschlecht und Altersstruktur der Heimbewohner und Heimbewohnerinnen gefragt. Danach waren zum Untersuchungszeitpunkt in Altenheimen 22,8 % und in Altenpflegeheimen 25,5 % der Bewohnerschaft männlichen Geschlechts, 77,2 % in Altenheimen und 74,5 % in Altenpflegeheimen waren weiblich.

Mit 26 % der höchste Altersanteil war in der Altersgruppe 80 bis unter 85 Jahren vertreten. 20,7 % der Bewohnerinnen gehörten der Altersgruppe 85 bis unter 90 Jahren an. Mit 14,9 % war ein bedeutender Anteil der Bewohnerinnen jünger als 65 Jahre. Die Ergebnisse im einzelnen in Prozent:

Heim-bewohner Altersgruppen	insgesamt		in Altenheimen		in Altenpflege-heimen	
			männlich	weiblich	männlich	weiblich
unter 25 Jahren	1,4					
25 bis unter 60 Jahren	10,3	14,9	11,1	4,4	40,4	12,2
60 bis unter 65 Jahren	3,2					
65 bis unter 70 Jahren	4,6		4,3	4,1	5,8	4,5
70 bis unter 75 Jahren	7,1		7,6	9,2	5,7	6,5
75 bis unter 80 Jahren	16,9		17,6	24,2	10,6	15,3
80 bis unter 85 Jahren	26		31,6	31,5	16,7	25,4
85 bis unter 90 Jahren	20,7		20,3	20,1	13,4	23,6
90 Jahren und älter	9,8		7 5	6,5	7,4	12,5

In Mecklenburg-Vorpommern lebten am

30. Juni 1991
13 816 Personen, davon 11 799 pflegebedürftig,
30. Juni 1993
12 713 Personen, davon 12 165 pflegebedürftig,
30. Juni 1995
12 464 Personen, davon 11 954 pflegebedürftig.

in Alten- bzw. Pflegeheimen.

Die Altersstruktur für die Stichtage 30. Juni 1993 und 30. Juni 1995 stellt sich wie folgt dar:

30. Juni 1993

Altersstufe	Bewohnerzahl	Anteil in Prozent
unter 60 Jahren	1 965	15,5
60 bis 75 Jahre	2 713	21,3
76 bis 85 Jahre	4 999	39,3
über 85 Jahre	3 036	23,9

30. Juni 1995

Altersstufe	Bewohnerzahl	Anteil in Prozent
unter 60 Jahren	1 631	13,1
60 bis 75 Jahre	2 772	22,2
76 bis 85 Jahre	4 276	34,3
über 85 Jahre	3 785	30,4

Die Infratest Burke Sozialstiftung hat Ende 1994 im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen des Forschungsprojekts „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen" eine Repräsentativerhebung zum Hilfe- und Pflegebedarf in Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe durchgeführt. Danach lebten zum Erhebungszeitpunkt 105 000 Menschen in den neuen Bundesländern (einschließlich Berlin-Ost) in stationären Wohneinrichtungen der Altenhilfe. 65 % der Bewohnerinnen und Bewohner von Alteneinrichtungen waren pflegebedürftig, davon hatten 19 % einen einmal täglichen, 25 % mehrfach täglichen und 21 % ständigen Pflegebedarf. 30 % der Bewohnerinnen und Bewohner hatten vorrangig einen lediglich hauswirtschaftlichen Hilfebedarf, 5 % wurden als nicht hilfe- und pflegebedürftig eingestuft.

21 % der Bewohner von Alteneinrichtungen waren männlich, mit 79 % der überwiegende Anteil weiblich. Die Altersstruktur stellt sich wie folgt dar:

Altersklassen	Anteil in Prozent
unter 18 Jahren	–
18 bis 39 Jahre	1
40 bis 59 Jahre	4
60 bis 69 Jahre	9
70 bis 79 Jahre	19
80 bis 89 Jahre	50
90 Jahre und älter	17

Es existieren keine Längsschnittstudien, die die gewünschte Dynamik der Entwicklung seit 1990 aufzeigen könnten. Die jährlichen Meldungen der Länder zur Heimstatistik über die Platzzahlen in Alten- und Altenpflegeheimen lassen jedoch auch gewisse Rückschlüsse über die Entwicklung der Bewohnerzahl zu. Von den neuen Bundesländern werden differenzierte Daten seit 1991 mitgeteilt. Bei einem Vergleich der jährlichen Daten wird deutlich, daß das Angebot an Alten- und Altenpflepeheimplätzen seit 1991 abgenommen hat, entsprechend der Politik der Bundesregierung, die ambulante Pflege zu stärken und das Angebot an altengerechten Wohnungen zu erhöhen (siehe Antwort zu Frage 55). Im Zeitraum von 1991 bis 1995 hat es sich von 114 101 Plätzen auf 99 181 Plätze um 13 % verringert. Wie in den alten Bundesländern sind insbesondere Altenheimplätze von einer Reduzierung von Platzzahlen betroffen. Die Entwicklung der Platzzahlen in Alten- und Altenpflegeheimen in den neuen Bundesländern (ohne Berlin-Ost, einschließlich der Alten- und Altenpflegeheimplätze mit mehrgliedrigen Einrichtungen) von 1991 bis 1995 im Überblick:

Land/Jahr	1991	1992	1993	1994	1995
Brandenburg	19 604	17 588	17 707	17 790	16 531
Mecklenburg-Vorpommern	13 816	13 816	13 374	13 374	13 406
Sachsen	41 481	41 020	37 240	37 284	35 704
Sachsen-Anhalt	20 630	19 353	19 791	19 161	18 515
Thüringen	18 570	16 790	16 790	16 331	15 025
Neue Bundesländer	114 101	108 567	104 902	103 940	99 181

In Berlin-Ost haben sich die Heimplatzzahlen nach Angaben der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales im Zeitraum von 1990 bis 1995 ebenfalls rückläufig entwickelt.

Jahr	Pflegestufe 1 (entspricht in etwa dem Altenheim)	Pflegestufen 2 und 3 (entsprechen in etwa dem Pflegeheim)	Pflegestufen 1 bis 3 insgesamt
1990	4 823	7 661	12 484
1991	4 905	7 517	12 422
1992	4 416	7 681	12 097
1993	3 556	6 615	10 171
1994	2 632	6 311	8 943
1995	2 853*)	6 228	9 081

*) Incl. Wohnen zur Miete (Wohnen im Heim ohne Heimleistungen).

50. Wie entwickelte sich nach den Erkenntnissen der Bundesregierung die Einkommenssituation der in den Alten- und Pflegeheimen lebenden Menschen in den neuen Bundesländern, und wie viele sind in welchem Umfang von der Sozialhilfe abhängig (bitte seit 1990 darstellen)?

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat zu dieser Frage eine Befragung der neuen Bundesländer durchgeführt. Bund und Ländern liegen keine über die allgemeine Einkommensentwicklung hinausgehenden Erkenntnisse zur Entwicklung der Einkommenssituation der in den Alten- und Pflegeheimen der neuen Bundesländer lebenden Menschen vor. Lediglich für Berlin-Ost können aufgrund einer Stichprobenuntersuchung des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes in ausgewählten Alten- und Altenpflegeheimen für zwei Bezirke für das Jahr 1993 Angaben zum Renteneinkommen gemacht werden. Die ermittelten Durchschnittswerte betrugen 1 314 DM für den Prenzlauer Berg und 1 282 DM für Neukölln. Im Vergleich hierzu lagen nach Auswertung der VDR-Statistik für den „Bericht über die soziale Lage im Land Berlin" die durchschnittlichen Altersrenten der Männer im Ostteil der Stadt Ende 1993 bei 1 649 DM, die durchschnittlich eigenen Renten der Frauen bei 1 006 DM.

Mecklenburg-Vorpommern hat ermittelt, daß am 30. Juni 1993 mit 11 932 Personen 93,9 % und am 30. Juni 1995 mit 11 320 Personen 90,8 % der Heimbewohnerinnen und -bewohner Sozialhilfeempfänger waren.

In Thüringen liegt der Anteil der Sozialhilfeempfänger bei über 90 % und hat sich in den Jahren seit 1990 nicht wesentlich verändert.

In Sachsen-Anhalt erhalten z. Z. ca. 12 000 Personen Hilfe zur Pflege in Einrichtungen. Der Anteil der sozialhilfebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner von Altenpflegeheimen und Langzeitheimen für Behinderte liegt bei ca. 90 %.

Bei der von Infratest Burke Sozialstiftung durchgeführten Repräsentativerhebung im Rahmen des Forschungsprojekts „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführungen in Einrichtungen" (siehe Antwort zu Frage 49) wurde auch die Sozialhilfebedürftigkeit von in Einrichtungen lebenden Menschen erhoben. Den Befragungsergebnissen zufolge waren zum Untersuchungszeitpunkt in den neuen Bundesländern 89 % der in Alteneinrichtungen lebenden Menschen mit Pflege- oder hauswirtschaftlichem Hilfebedarf und 69 % der in Alteneinrichtungen lebenden Menschen ohne Pflege- oder Hilfebedarf zur Finanzierung ihres Heimaufenthaltes auf Leistungen der Sozialhilfe angewiesen.

Um die Einkommenssituation und die soziale Lage der älteren Menschen vollständig zu erfassen, hat das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung die Erhebung „Alterssicherung in Deutschland (ASiD)" in den Jahren 1992 und 1995 in den neuen Ländern durchführen lassen. Ziel des Forschungsproiekts war die Schaffung einer aktuellen, repräsentativen und umfassenden Datenbasis zur Art, Höhe und Verteilung der Einkommen älterer Menschen auf der Personen-, Ehepartner- und, mit Abstrichen, auf der Haushaltsebene.

Zur Zeit liegen nur die Ergebnisse der ASiD '92 vor. Die Daten der ASiD '95 sind erst im zweiten Halbjahr 1996 verfügbar. Aussagen zur Entwicklung der Einkommenssituation sind z. Z. daher nicht möglich.

51. Wie bewertet die Bundesregierung die Situation der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen in den neuen Bundesländern nach Einführung der Pflegeversicherung im Hinblick auf die in der Begründung zum Gesetzentwurf von 1993 (Drucksache 12/5262 S. 1 und 2 Punkt 2 Abs. 4 Punkt 3 Abs. 1) angeführten Kriterien?

Die Abschnitte der Begründung des Gesetzentwurfes der Bundesregierung zur Pflegeversicherung aus dem Jahr 1993, auf die in der Frage Bezug genommen wird, heben deutlich die zentrale sozialpolitische Zielsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes, die Pflegebedürftigen soweit wie möglich aus der Abhängigkeit von der Sozialhilfe herauszuführen, hervor. Auf die hierzu gemachten Ausführungen in der Antwort zu Frage 35 wird verwiesen, soweit sie die neuen Bundesländer betreffen.

52. Wie entwickelten sich in den neuen Bundesländern seit 1990 im Vergleich zu den alten Bundesländern

die Pflegesätze, und welche Ursachen sind nach Auffassung der Bundesregierung für das Ansteigen der Pflegesätze verantwortlich?

Zur Entwicklung der Pflegesätze in den Ländern wird auf die Antwort der Bundesregierung zu Frage 2 der Kleinen Anfrage der Abgeordneten Petra Bläss, Dr. Ruth Fuchs, Dr. Heidi Knake-Werner, Heidemarie Lüth und der Gruppe der PDS – Drucksache 13/3854 – vom 26. Februar 1996 verwiesen. Für die an dieser Stelle dokumentierten Pflegesatzsteigerungen sind nach einer aktuellen Umfrage durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bei den alten Ländern neben allgemeinen Kostensteigerungen und Tariferhöhungen qualitative Verbesserungen – insbesondere bei der Personalausstattung der Heime – ursächlich. In den neuen Bundesländern spielen über die allgemeine Kostenentwicklung hinaus die tariflichen Anpassungen an das Niveau der alten Bundesländer und die Verbesserung der Baustandards eine wichtige Rolle.

Nach Angaben der neuen Bundesländer entwickelten sich die Pflegesätze in den neuen Bundesländern wie folgt:

Berlin

Pauschalierte Entgelte in den kommunalen Seniorenheimen Berlins:

Pflegestufe	1. 7. 1991 bis 30. 6. 1992		1. 7. 1992 bis 30. 6. 1994		1. 7. 1994 bis 31. 12. 1995		1996	
	West	Ost	West	Ost	West	Ost	West	Ost
Pflegestufe I	74,10 DM	59,10 DM	81,70 DM	66,85 DM	84,60 DM	73,65 DM	86,15 DM	82,35 DM
Pflegestufe II	98,55 DM		108,65 DM	88,65 DM	112,50 DM	97,95 DM	114,60 DM	109,50 DM
Pflegestufe III			128,05 DM	103,20 DM	133,30 DM	115,00 DM	135,75 DM	129,45 DM

Brandenburg

Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe in Brandenburg:

Altenpflegeheim	1993	1994	1995
a) Durchschnitt aller Pflegestufen	97,92 DM	100,52 DM	104,10 DM
b) niedrigste Pflegestufe	88,16 DM	89,91 DM	93,06 DM
c) höchste Pflegestufe	110,35 DM	112,11 DM	116,15 DM

Mecklenburg-Vorpommern

Durchschnittliche Pflegesätze in Pflegeheimen für Mecklenburg-Vorpommern:

1991: 70 DM je Platz und Tag
1992: 80 DM je Platz und Tag
1993: 90 DM je Platz und Tag
1994: 96 DM je Platz und Tag
1995: 103 DM je Platz und Tag

Sachsen

Für Sachsen hat das zuständige Sächsische Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Sport keine Zahlen liefern können.

Sachsen-Anhalt

Bei den Pflegekosten ist in Sachsen-Anhalt folgende Entwicklung festzustellen:

Jahr	Pflegekosten je Person und Monat Altenpflegeheim
1991	2 000 DM
1992	2 400 DM
1993	2 577 DM
1994	2 700 DM
1995	3 000 DM

Thüringen

In Thüringen betrug der durchschnittliche Pflegesatz aller Pflegekassen am 1. November 1995 106,19 DM.

Weitergehendes Zahlenmaterial wurde von den zuständigen Ministerien der neuen Bundesländer nicht zur Verfügung gestellt. Der gegenüber den alten Bundesländern stärkere Kostenanstieg ist auf

— die notwendigen Strukturanpassungen,
— die veränderten Personalschlüssel,
— die Anhebung der Gehälter entsprechend BAT O,
— den Anstieg der Investitionskosten durch die Verbesserung der Ausstattung, Neubauten und Sanierung bestehender Einrichtungen sowie
— die Erhöhung der Sachkostenanhaltswerte entsprechend der Steigerung der Lebenshaltungskosten

zurückzuführen.

53. Welche Konsequenzen für die Behindertenhilfe in den neuen Bundesländern ergeben sich aus den vorgesehenen Novellierungen des BSHG aus der Sicht der Bundesregierung?

Das Gesetz zur Reform des Sozialhilferechts sieht Änderungen sowohl im Bereich der Werkstätten für Behinderte als auch im Bereich der Einrichtungen vor. Diese wirken sich auch auf die Behindertenhilfe in den neuen Bundesländern aus.

Danach werden u. a. in Einrichtungen der Behindertenhilfe die Pflegesätze bis zum 1. Januar 1999 nicht höher steigen als 2% im Beitrittsgebiet und 1% im übrigen Bundesgebiet. Dem unbestrittenen Nachholbedarf bei den Einrichtungen in den neuen Bundesländern, insbesondere bei der Anpassung der Personalstruktur, wird dadurch Rechnung getragen, daß in begründeten Einzelfällen im Beitrittsgebiet der jährliche Steigerungssatz um bis zu 0,5 % erhöht werden kann. Damit haben einerseits die Einrichtungen die notwendigen finanziellen Mittel zur Verfügung, andererseits wird die Leistungsfähigkeit der kommunalen Haushalte und damit die – weitere – Finanzierbarkeit

der Eingliederungshilfe für Behinderte gewährleistet. Ab 1. Januar 1999 gilt ein weiterentwickeltes Finanzierungssystem. Danach muß bei allen Leistungen in Einrichtungen eine Vereinbarung zwischen dem Träger der Einrichtung und dem Träger der Sozialhilfe über die Bereiche Leistung, Vergütung und Prüfung der Wirtschaftlichkeit sowie Qualität der Leistungen abgeschlossen werden.

Das Gesetz enthält darüber hinaus für das gesamte Bundesgebiet eine Reihe von Maßnahmen, die der Verbesserung der Situation der in den Werkstätten für Behinderte beschäftigten Behinderten dienen. Hierzu gehören Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsentgelte durch das Verbot der Inanspruchnahme des Arbeitsergebnisses der Werkstatt zur Minderung der Kostensätze und durch rechtliche Vorgaben an die Werkstattträger zur Verwendung des Arbeitsergebnisses. Im weiteren sieht das Gesetz Maßnahmen zur Verbesserung der Rechtsstellung des Werkstattbeschäftigten wie z. B. einen Rechtsanspruch gegen den Träger der Sozialhilfe auf Hilfe zur Beschäftigung in einer Werkstatt für Behinderte, einen Rechtsanspruch des Behinderten gegen den Werkstattträger auf Aufnahme in die Werkstatt bei Vorliegen der Aufnahmevoraussetzungen, Regelungen zur Rechtsstellung der Behinderten im Arbeitsbereich der Werkstätten gegenüber dem Werkstattträger und zur Mitwirkung dieser Behinderten in den Angelegenheiten der Werkstätten sowie zum Rechtsweg vor.

Das Gesetz enthält ferner Maßnahmen zur Verbesserung des Übergangs Behinderter aus den Werkstätten auf den allgemeinen Arbeitsmarkt.

54. Wie viele Menschen in den neuen Bundesländern erhielten nach Erkenntnissen der Bundesregierung mit dem Wirksamwerden des BSHG und des SGB V Leistungen im Bereich „Hilfe zur Pflege", und wie hat sich mit der Pflegeversicherung die persönliche Situation verändert?

Über die Entwicklung der Empfängerzahl im Bereich „Hilfe zur Pflege" nach dem BSHG in den neuen Ländern gibt nachstehende Tabelle Auskunft.

Entwicklung der Empfängerzahlen von Hilfe zur Pflege in den neuen Ländern 1991 bis 1993

Jahr	Hilfe zur Pflege außerhalb von und in Einrichtungen	
	Empfänger Insgesamt	Veränderungen gegenüber Vorjahr in v. H.
1991	112 081	
1992	146 939	31,1
1993	142 005	– 3,4

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 13, Reihe 2, 1991 ff.

In den neuen Bundesländern erhielten 1994 etwa 110 000 Personen Pflegeleistungen der Krankenversicherung. Sie wurden mit Beginn der Pflegeversicherung automatisch in die Pflegestufe II eingeordnet und erhalten seitdem ein deutlich höheres Pflegegeld (800 DM/Monat gegenüber 400 DM/Monat) oder umfangreichere Sachleistungen (1 800 DM/Monat gegenüber 750 DM/Monat). Nach hochgerechneten statistischen Angaben der Ortskrankenkassen erhielten 1995 zusätzlich etwa 150 000 Personen erstmals Leistungen der Pflegeversicherung. Damit hat sich für alle Pflegebedürftigen in den neuen Bundesländern die Situation deutlich verbessert.

55. Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse darüber vor,

— welche Veränderungen in der Beantragung zur Aufnahme in ein Heim in den neuen Bundesländern 1995 im Vergleich zu 1990 festzustellen sind und wie diese begründet sind (bitte differenziert nach Alter bis 60 Jahre/ab 60 Jahre, Geschlecht und Bundesländern);

— wie sich nach 1990 in den neuen Bundesländern die Kosten in den Heimen der Behindertenhilfe sowie in Alten- und Pflegeheimen entwickelten und in welchem Umfang dadurch die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner von der Sozialhilfe abhängig wurden?

Zur Frage, welche Veränderungen in der Aufnahme in ein Heim in den neuen Bundesländern festzustellen sind und wie diese begründet sind, liegen Bund und Ländern keine Erkenntnisse vor.

Wie jedoch bereits in der Antwort zu Frage 49 dargestellt, haben Angebot und Nachfrage zu Alten- und Altenpflegeheimplätzen im fraglichen Zeitraum abgenommen. Dies ist nach Auffassung der Bundesregierung vor allem auf den Ausbau ambulanter Hilfen, den Aufbau unterstützender teilstationärer Angebote und verbesserte Wohnbedingungen in den neuen Bundesländern zurückzuführen. Nicht zuletzt durch ein Soforthilfeprogramm des Bundes in Höhe von 32 Mio. DM konnte die ambulante Altenhilfe mit dem Aufbau eines flächendeckenden Netzes von Sozialstationen entscheidend gestärkt werden. Derzeit gibt es rund 900 Sozialstationen in den neuen Bundesländern.

In der ehemaligen DDR wurden die Pflegesätze pauschal subventioniert. Die von den Bewohnern/Bewohnerinnen zu leistenden Beiträge betrugen nur einen Bruchteil der tatsächlichen Kosten. Obwohl die Qualität der Betreuung in den Einrichtungen seit 1990 erheblich verbessert werden konnte, werden steigende Entgelte zusätzlich Einfluß auf die Nachfrage nach Heimplätzen genommen haben.

Über die bereits in der Antwort zu Frage 52 gemachten Angaben hinaus können lediglich Aussagen zur Entwicklung der Kosten in Langzeitheimen für Behinderte in Sachsen-Anhalt getroffen werden. Hier haben sich die Pflegesätze von 1991 bis 1995 wie folgt entwickelt:

1991	2 500
1992	2 800
1993	3 270
1994	3 460
1995	3 600.

Aussagen darüber, in welchem Umfang sich die Kostenentwicklung in den Heimen der Alten- und Behindertenhilfe auf die Inanspmchnahme von Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz ausgewirkt hat, sind auf der Basis der vorhandenen Datengrundlage nicht möglich.

Anlage 1

Auftragsstatistik
Zeitraum bis 31. 12. 1995

	Eingegangene Aufträge bis Ende des Monats							davon	Eingegangene Aufträge im Monat					
	6	7	8	9	10	11	12	Widersprüche bis Ende Dezember	7	8	9	10	11	12
Ba-Wü.	151 329	162 147	172 618	181 729	191 557	202 126	210 900	13 704	10 818	10 471	9 111	9 828	10 569	8 774
Bayern[1])	185 250	199 699	199 699	220 000	233 780	242 500	250 900		14 449	–	20 301	13 780	8 720	8 400
Berlin	60 908	64 336	67 652	70 367	72 789	83 206	86 080		3 428	3 316	2 715	2 422	2 694	2 874
Brandenb.	46 612	49 556	52 822	55 667	58 519	61 399	63 710	5 233	2 944	3 266	2 845	2 852	2 880	2 311
Bremen	11 677	12 929	13 976	14 724	15 691	16 835	17 585	1 644	1 252	1 047	748	967	1 144	750
Hamburg	29 652	32 187	35 600	38 138	39 573	40 905	42 385	4 997	2 535	3 413	2 538	1 435	1 332	1 480
Hessen	91 587	98 248	105 902	111 576	117 983	122 329	129 763	6 649	6 661	7 654	5 674	6 407	4 346	7 434
Meckl.-V.	35 375	36 210	37 647	38 961	40 134	41 332	42 179	340	835	1 437	1 314	1 173	1 198	847
Nieders.	125 966	135 169	144 290	152 929	161 066	170 397	177 046	13 804	9 203	9 121	8 639	8 137	9 331	6 649
Nordrhein	135 778	148 431	164 169	176 247	189 733	200 598	209 692	4 600	12 653	15 738	12 078	13 486	10 865	9 094
Rheinl.-Pf.	56 432	60 384	64 375	66 298	69 298	72 416	75 161	4 571	3 952	3 991	2 876	3 000	3 118	2 745
Saarland	15 341	16 430	17 512	18 243	19 189	20 218	20 860	2 118	1 089	1 082	731	946	1 029	642
Sachsen[2)3)]	87 787	92 252	97 721	102 245	107 180	112 877	111 719	5 003	4 465	5 469	4 524	4 935	5 697	2 659
Sachs.-Anh.	49 817	53 373	55 772	58 043	60 983	63 757	65 997	2 358	3 556	2 399	2 271	2 940	2 774	2 240
Schl.-Hol.	39 346	42 412	44 597	46 937	49 836	53 196	54 998	2 070	3 066	2 185	2 340	2 899	3 360	1 802
Thüringen	43 911	46 221	48 381	50 486	52 736	55 366	57 301	1 927	2 310	2 160	2 105	2 250	2 630	1 935
Westfalen-Li.	129 705	137 621	144 421	150 678	156 816	163 969	169 358	7 831	7 916	6 800	6 257	6 138	7 153	5 389
Summe	1 296 473	1 387 605	1 467 154	1 553 268	1 636 863	1 723 426	1 785 634	76 849	91 132	79 549	87 067	83 595	78 840	66 025
Bund.-knapp.	74 852	78 336	82 532	85 980	88 577	91 763	94 469	3 727	3 484	4 196	3 448	2 597	3 186	2 706
Seekasse	1 324	1 342	1 422	1 493	1 565	1 660	1 712	27	18	80	71	72	95	52
B-eisb-verm.	17 697	19 614	20 840	22 358	23 438	25 021	25 823		1 917	1 226	1 518	1 080	1 583	802
Gesamt	1 390 346	1 486 897	1 571 948	1 663 099	1 750 443	1 841 870	1 907 638	80 603	96 551	85 051	92 104	87 344	83 704	69 585

1) Keine Meldung für Monat August; Übertrag der Juli-Meldung. Meldung Antragseingang September einschl. Antragseingang August.
2) Stichtag 15. Dezember 1995.
3) Datenkorrektur mit Dezember-Meldung.

Anlage 2

Erledigungs- und Bearbeitungsstatistik
Zeitraum bis 31. 12. 1995

		Erledigte Gutachten										Abgeschlossene Gutachten mit Empfehlung in v. H.			
	Eingegangene Aufträge bis 31. 12.	Stufe I	Stufe II	Stufe III	nicht pflegebed.	abgeschl. Gutachten mit Empfehlung	abgeschl. Folgegutachten*	abgeschl. Widerspr.-gutachten*	auf sonst. Art erl.	erl. Aufträge	erl. Aufträge in v. H.	Stufe I	Stufe II	Stufe III	nicht pflegebed.
Ba.-Wü.	210 900	55 053	53 056	29 673	46 534	184 316			15 779	200 095	94,9	29,9	28,8	16,1	25,2
Bayern	250 900	75 371	68 671	33 947	63 377	241 366			9 534	250 900	100,0	31,2	28,5	14,1	26,3
Berlin	86 080	22 147	13 644	3 016	34 873	73 680			3 295	76 975	89,4	30,1	18,5	4,1	47,3
Brandenb.	63 710	17 228	12 972	4 986	20 372	55 558			3 707	59 265	93,0	31,0	23,3	9,0	36,7
Bremen	17 585	4 530	4 311	1 711	5 619	16 171			704	16 875	96,0	28,0	26,7	10,6	34,7
Hamburg	42 385	10 418	8 285	2 677	14 763	36 143			3 105	39 248	92,6	28,8	22,9	7,4	40,8
Hessen	129 763	34 156	26 181	14 392	32 945	107 674	4 997	6 106	2 123	120 900	93,2	31,7	24,3	13,4	30,6
Meckl.-V.	42 179	12 756	8 521	4 129	16 257	41 663				41 663	98,8	30,6	20,5	9,9	39,0
Niedersachs.	177 046	45 283	40 199	19 480	40 445	145 407	3 684	8 311	9 647	167 049	94,4	31,1	27,6	13,4	27,8
Nordrhein	209 692	61 257	49 587	26 986	53 269	191 099			5 966	197 065	94,0	32,1	25,9	14,1	27,9
Rheinl.-Pf.	75 161	18 903	21 053	7 271	19 618	66 845			1 000	67 845	90,3	28,3	31,5	10,9	29,3
Saarland	20 860	4 440	4 550	1 531	5 902	16 423			1 896	18 319	87,8	27,0	27,7	9,3	35,9
Sachsen	111 719	33 730	24 965	8 057	29 525	96 277			6 723	103 000	92,2	35,0	25,9	8,4	30,7
Sachs.-Anh.	65 997	20 250	12 238	5 282	18 568	56 338			2 188	58 526	88,7	35,9	21,7	9,4	33,0
Schl.-Hol.	54 998	13 871	12 219	6 733	11 991	44 814			2 176	46 990	85,4	31,0	27,3	15,0	26,8
Thüringen	57 301	18 063	13 712	7 117	13 516	52 408			287	52 695	92,0	34,5	26,2	13,6	25,8
Westfalen-Li.	169 358	42 934	36 796	15 066	41 679	136 475			12 754	149 229	88,1	31,5	27,0	11,0	30,5
Summe	1 785 634	490 390	410 960	192 054	469 253	1 562 657			80 884	1 666 639	93,3	31,4	26,3	12,3	30,0
Bund.-knapp.	94 469	29 071	28 480	13 585	21 244	92 380		3 727		92 380	97,8	31,5	30,8	14,7	23,0
Seekasse	1 712	455	275	209	513	1 452			94	1 546	90,3	31,3	18,9	14,4	35,3
B-eisb-verm.	25 823	7 311	5 894	3 854	5 244	22 303			1 687	23 990	92,9	32,8	26,4	17,3	23,5
Gesamt	1 907 638	527 227	445 609	209 702	496 254	1 678 792			82 665	1 784 555	93,5	31,4	26,5	12,5	29,6

*) Wird nur ausgewiesen, wenn nicht in Empfehlung der Begutachtung enthalten.

Anlage 3

Übersicht
über die finanzielle Entwicklung der sozialen Pflegeversicherung
bis Ende 1995

Bezeichnung	Ist-Ergebnis (PV45) 1995	voraussichtl. Jahresergebnis für 1995[1])	Finanzschätzung für 1995	Abweichung gegenüber der Finanzschätzung
	in Mrd. DM	in Mrd. DM	in Mrd. DM	in Mrd. DM
Einnahmen Beitragseinnahmen	16,25	17,35	17,27	+ 0,08
davon 1 Beiträge an Pflegekassen	13,40	14,50		
2 Beiträge an den Ausgleichsfonds	2,85	2,85		
Sonstige Einnahmen	0,18	0,18	0,08	+ 0,10
Einnahmen insgesamt	16,43	17,53	17,35	+ 0,18
Ausgaben Leistungsausgaben	8,64	9,15	11,13	– 1,98
davon 1 Geldleistung	5,94	–	6,19	–
2 Pflegesachleistung	1,35	–	1,91	–
3 Pflegeurlaub	0,26	–	0,33	–
4 Tages-/Nachtpflege	0,02	–	0,35	–
5 Kurzzeitpflege	0,09	–	0,34	–
6 Soziale Sicherung der Pflegepersonen	0,60	–	1,92	–
7 Pflegemittel/techn. Hilfen etc.	0,38	–	0,08	–
Vorlaufkostenerstattung an die Krankenkassen	0,23	–	0,30	–
Hälfte der Kosten des Medizinischen Dienstes	0,44	–	0,33	–
Verwaltungskosten-Pauschale	0,39	–	0,48	–
Sonstige Kosten	0,00	–	–	–
Ausgaben insgesamt	9,71	10,22	12,22	– 2,00
Vermögen Überschuß der Einnahmen	6,72	7,31	5,13	+ 2,18
./. Investitionsdarlehen an den Bund	1,10			
= Mittelbestand am 31. 12. 1995	5,62			
in Monatsausgaben lt. Haushaltsplan	3,93			

1) Voraussichtliches Ergebnis der Jahresrechnung 1995 unter Berücksichtigung der zeitlichen Rechnungsabgrenzung (vorliegend im Juni 1996).

Anlage 4
Stand: 21. März 1995

Empfehlungen
der Spitzenverbände der Pflegekassen
für ein System zur Vergütung von Leistungen
der häuslichen Pflege nach dem SGB XI

- AOK-Bundesverband, Bonn,
- BKK-Bundesverband, Essen,
- IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach,
- See-Krankenkasse, Hamburg,
- Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel,
- Bundesknappschaft, Bochum,
- Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Siegburg,
- AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., Siegburg.

Präambel

Die Pflegekassen haben die bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemeinen Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung ihrer Versicherten durch den Abschluß von Versorgungs- und Vergütungsverträgen mit den Trägern der Pflegeeinrichtungen und sonstigen Leistungserbringern zu gewährleisten. Vor diesem Hintergrund empfehlen die Spitzenverbände der Pflegekassen, das nachfolgende Vergütungssystem bei der Vereinbarung über die Vergütungen von Leistungen der häuslichen Pflege zugrunde zu legen.

I. Allgemeine Grundsätze

1. Einheitliches Vergütungssystem

Der bundeseinheitliche Beitragssatz erfordert nach Auffassung der Spitzenverbände ein einheitliches System zur Vergütung von Leistungen der häuslichen Pflege. Das System muß insbesondere nachfolgende Grundsätze erfüllen:

- Es muß in der Hand des Pflegebedürftigen liegen, welche Hilfeleistungen er auf der Grundlage des Leistungsbescheides der Pflegekasse durch Angehörige bzw. sonstige Pflegepersonen oder durch Pflegedienste abdecken möchte.
- Das Vergütungssystem muß für die Vertragspartner handhabbar sein.
- Es soll kein Einzelleistungsvergütungssystem errichtet werden.
- Die Pflegekassen sind an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität gebunden.
- Die vereinbarte Vergütung muß leistungsgerecht sein. Sie muß einem Pflegedienst ermöglichen, seinen Versorgungsauftrag bei wirtschaftlicher Betriebsführung zu erfüllen. Dabei ist die Vergütung für jeden Pflegedienst individuell zu vereinbaren. Die Leistungsobergrenzen sind zu beachten.
- Eine Differenzierung der Vergütung für Pflegeleistungen nach Kostenträgern innerhalb eines Pflegedienstes ist unzulässig.

2. Zuzahlungsverbot

Zuzahlungen zu den Vertragsleistungen darf der Pflegedienst von den Pflegebedürftigen weder fordern noch annehmen.

II. Vergütungsfähige Leistungen

1. Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung, Pflegeeinsätze bei Pflegegeldempfängern

1.1 Es werden nur Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung gemäß § 36 SGB XI vergütet sowie Pflegeeinsätze von Pflegediensten bei Pflegegeldempfängern gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI. Andere Leistungen sind nicht vergütungsfähig.

1.2 Zu den vergütungsfähigen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung gehören Hilfen bei den Verrichtungen in den Bereichen

- der Körperpflege,
- der Ernährung,
- der Mobilität,
- der hauswirtschaftlichen Versorgung.

Der Inhalt der jeweiligen Leistung ergibt sich aus der Leistungsbeschreibung in den Rahmenverträgen.

2. Aktivierende Pflege

Der Aufwand für aktivierende Pflege ist nicht gesondert vergütungsfähig.

3. Vor- und Nachbereitungsaufwand

Der für die jeweilige Verrichtung erforderliche Vor- und Nachbereitungsaufwand ist Bestandteil der Verrichtung und nicht gesondert vergütungsfähig.

III. Aufwendungen, die nicht von der Pflegekasse vergütet werden (nicht vergütungsfähige Aufwendungen)

1. Investitionen

In der Pflegevergütung dürfen keine Aufwendungen berücksichtigt werden für

- Maßnahmen, die dazu bestimmt sind, die für den Betrieb des Pflegedienstes notwendigen Gebäude und sonstigen abschreibungsfähigen Anlagegüter herzustellen, anzuschaffen, wiederzubeschaffen, zu ergänzen, instand zu halten oder instand zu setzen; ausgenommen sind die zum Verbrauch bestimmten Güter (Verbrauchsgüter), die der Pflegevergütung zuzuordnen sind,

– den Erwerb und die Erschließung von Grundstücken,

– Miete, Pacht, Nutzung oder Mitbenutzung von Grundstücken, Gebäuden oder sonstigen Anlagegütern,

– den Anlauf oder die innerbetriebliche Umstellung von Pflegediensten,

– die Schließung von Pflegediensten oder ihre Umstellung auf andere Aufgaben (§ 82 Abs. 2 SGB XI).

2. Betriebskostenzuschüsse

Betriebskostenzuschüsse der öffentlichen Hand zu den laufenden Aufwendungen eines Pflegedienstes sind von der Pflegevergütung abzuziehen (§ 82 Abs. 5 SGB XI).

3. Sonstige Leistungen

Soweit der Pflegedienst über die vergütungsfähigen Pflegeleistungen hinaus weitere Leistungen anbietet, werden diese nicht von den Pflegekassen vergütet.

IV. Leistungskomplexe

1. Bildung von Leistungskomplexen

Zur Sicherstellung der individuellen pflegerischen Versorgung werden unter Berücksichtigung medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse die in Anlage 1 aufgeführten Leistungskomplexe gebildet.

2. Wahl zwischen den Leistungskomplexen

Auf der Grundlage des Leistungsbescheides der Pflegekassen kann der Pflegebedürftige zwischen den verschiedenen Leistungskomplexen auswählen und das auf seine Bedürfnisse zugeschnittene „Leistungsprogramm" zusammenstellen.

V. Vergütung

Zur Vergütung der Leistungskomplexe wird ein Punktzahlensystem empfohlen. Das System ist wie folgt aufgebaut:

1. Punktzahlen

Unter Berücksichtigung des durchschnittlichen Aufwandes werden die Leistungskomplexe mit bundesweit einheitlichen Punktzahlen belegt.

Grundlage für die Abrechnung der Leistungen ist die Gesamtpunktzahl des jeweiligen Komplexes unabhängig davon, ob bei jedem Einsatz alle Leistungen erbracht worden sind. Die Punktzahl für die Leistungskomplexe ist dem jeweiligen Komplex in Anlage 1 zu entnehmen.

2. Punktbewertung

In den Vergütungsverhandlungen wird die Bewertung der Punktzahl in DM- oder Pfennig-Beträgen ausgehandelt. Dabei sind für die Verrichtungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung sowie der Pflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI einheitliche Punktwerte anzustreben.

VI. Übergangsregelung

Die Spitzenverbände der Pflegekassen empfehlen – im Vorgriff auf eine spätere Dauerregelung –, die 18 Leistungskomplexe für einen Übergangszeitraum zunächst probeweise zur Anwendung zu bringen.

Inwieweit ambulante Pflegeleistungen anhand der Leistungskomplexe und der Unterteilung nach Pflegestufen sach- und leistungsgerecht vergütet werden können, soll gemeinsam mit den Leistungserbringern im Laufe des Jahres 1995 auf Grund der in der Erprobungsphase gewonnenen Erkenntnisse validisiert werden.

Um den Einstieg in das Komplexleistungssystem zu vereinfachen, ist in der Erprobungsphase

– von einer Differenzierung in den Leistungskomplexen nach Pflegestufen abzusehen sowie

– auf die bisherigen Vergütungssätze nach § 132 SGB V i. V. m. §§ 53 ff. SGB V abzustellen.

Aus den in der Erprobungsphase gewonnenen Erfahrungen werden für zukünftige Vergütungszeiträume im Hinblick auf Inhalt und Bewertung der Leistungskomplexe dauerhafte Regelungen abgeleitet.

Soweit eine Vergütungsvereinbarung auf Grundlage der Leistungskomplexe nicht zum Abschluß kommt, wird empfohlen, von der Regelung des Artikels 49 PflegeVG Gebrauch zu machen. Im Hinblick auf die unterschiedlichen Vergütungen im Bereich der Krankenversicherung und der Sozialhilfe ist dabei auf die jeweils niedrigste Vergütung abzustellen.

Das Übergangssystem ist auch auf Pflegedienste zur Anwendung zu bringen, die erstmalig eine Vergütungsvereinbarung abschließen wollen.

Die im Rahmen der Übergangsregelungen getroffenen Vergütungsvereinbarungen haben keinen präjudizierenden Charakter für zukünftge Vergütungsverhandlungen.

Leistungskomplex 1

Kleine Morgen-/Abendtoilette

beinhaltet insbesondere:

1. Hilfe beim Aufsuchen oder Verlassen des Bettes
2. An-/Auskleiden
3. Teilwaschen
4. Mundpflege und Zahnpflege
5. Kämmen

Punktzahl/Einsatz: 250

- Grundpflege -

Leistungskomplex 2

Kleine Morgen-/Abendtoilette

beinhaltet insbesondere:

1. An-/Auskleiden
2. Teilwaschen
3. Mundpflege und Zahnpflege
4. Kämmen

Punktzahl/Einsatz: 200

- Grundpflege -

Leistungskomplex 3

Große Morgen-/Abendtoilette

beinhaltet insbesondere:

1. Hilfe beim Aufsuchen oder Verlassen des Bettes
2. An-/Auskleiden
3. Waschen/Duschen /Baden
4. Rasieren
5. Mundpflege und Zahnpflege
6. Kämmen

Punktzahl/Einsatz: 450

- Grundpflege -

Leistungskomplex 4

Große Morgen-/Abendtoilette

beinhaltet insbesondere:

1. An-/Auskleiden
2. Waschen/Duschen /Baden
3. Rasieren
4. Mundpflege und Zahnpflege
5. Kämmen

Punktzahl/Einsatz: 400

- Grundpflege -

Leistungskomplex 5

Lagern/Betten

beinhaltet insbesondere:

1. Bett machen/richten
2. Lagern/Mobilisierung

Punktzahl/Einsatz 100

- Grundpflege -

Leistungskomplex 6

Hilfe bei der Nahrungsaufnahme

beinhaltet insbesondere:

1. Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung
2. Hilfen beim Essen und Trinken
3. Hygiene im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme

Punktzahl/Einsatz: 250

- Grundpflege -

Leistungskomplex 7

Sondenkost bei implantierter Magensonde (PEG)

beinhaltet insbesondere:

1. Aufbereitung der Sondennahrung
2. Verabreichung der Sonderkost

Punktzahl/Einsatz: 50

- Grundpflege -

Leistungskomplex 8

Darm- und Blasenentleerung

beinhaltet insbesondere:

1. An-/Auskleiden
2. Hilfen/Unterstützung bei der Blasen- und/oder Darmentleerung
3. Teilwaschen

Punktzahl/Einsatz: 100

- Grundpflege -

Leistungskomplex 9

Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung

beinhaltet insbesondere:

1. An-/Auskleiden im Zusammenhang mit dem Verlassen oder Wiederaufsuchen der Wohnung
2. Treppensteigen

Punktzahl/je Einsatz: 70

- Grundpflege -

Leistungskomplex 10

Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung

beinhaltet insbesondere:

1. Begleitung bei Aktivitäten, bei denen das persönliche Erscheinen erforderlich und ein Hausbesuch nicht möglich ist (keine Spaziergänge, kulturelle Veranstaltungen

Punktzahl/Monat 3 x 600

- Grundpflege -

Leistungskomplex 11

Beheizen der Wohnung

beinhaltet insbesondere:

1. Beschaffung und Entsorgung des Heizmaterials
2. Heizen

Punktzahl/Tag: 90

- Hauswirtschaftliche Versorgung -

Leistungskomplex 12

Reinigung der Wohnung

beinhaltet insbesondere:

1. Reinigen des allgemein üblichen Lebensbereiches
2. Trennung und Entsorgung des Abfalls

Punktzahl/Tag: 90

- Hauswirtschaftliche Versorgung -

Leistungskomplex 13

Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung

beinhaltet insbesondere:

1. Wechseln der Wäsche
2. Pflege der Wäsche und Kleidung (z.B. auch Bügeln, Ausbessern)
3. Einräumen der Wäsche

Punktzahl/Woche: 360

- Hauswirtschaftliche Versorgung -

Leistungskomplex 14

Einkaufen

beinhaltet insbesondere:

1. Erstellen eines Einkaufs- und Speiseplanes
2. das Einkaufen von
- Lebensmitteln
- sonstigen notwendigen Bedarfsgegenständen der Hygiene und hauswirtschaftlichen Versorgung z.B. Gesichtscreme und Putzmittel
3. Unterbringung der eingekauften Gegenstände in der Wohnung/Vorratsschrank

Punktzahl/Woche: 2 x 150

- Hauswirtschaftliche Versorgung -

Leistungskomplex 15

Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen (nicht bei Essen auf Rädern)

beinhaltet insbesondere:

1. Kochen
2. Spülen
3. Reinigen des Arbeitsbereiches

Punktzahl/Tag: 270

- Hauswirtschaftliche Versorgung -

Leistungskomplex 16

Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen

beinhaltet insbesondere:

1. Zubereitung
2. Spülen
3. Reinigen des Arbeitsbereiches

Punktzahl/
(2 x täglich): 60

(3 x täglich bei Essen auf Rädern)

- Hauswirtschaftliche Versorgung -

Leistungskomplex 17

Pflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI

beinhaltet insbesondere:

1. Beratung
2. Hilfestellung
3. Kurzmitteilung

Punktzahl/Einsatz: 400

Leistungskomplex 18

Erstbesuch

beinhaltet insbesondere:

1. Anamnese
2. Pflegeplanung

Punktzahl/Einsatz 400

Übersicht zum Stand der Bildung von Landespflegeausschüssen

Länder	**Landespflegeausschuß-verordnung**	**Konstituierende Sitzung**	**Beteiligung von Behindertenverbänden?**
Baden-Württemberg	vom 09. Oktober 1995 Gesetzblatt für Baden-Württemberg vom 07. November 1995, Seite 749	07. November 1996	Gemäß § 2 Abs. 1 Landespflegegesetz sind u.a. auch Verbände der von Pflegebedürftigkeit Betroffenen im Landespflegeausschuß vertreten. Von den ihnen zugestandenen 4 Sitzen entfällt je 1 Sitz auf die Verbände der geistig Behinderten, der psychisch Kranken und pflegebedürftigen Menschen, der körperbehinderten und chronisch kranken Menschen sowie der älteren Menschen. Jedes Mitglied im LPA hat bis zu 3 Stellvertreter, so daß nach Ansicht des MAGS BW nahezu alle Behindertenverbände in BW in die Arbeit des LPA einbezogen sind.
Bayern	vom 10. Januar 1995 Bayerische Gesetz- und Verordnungsblatt vom 10. Januar 1995, Seite 3	27. Juni 1995	Nach §§ 1 Abs. 2 Nr. 1, 2 Abs. 1 Satz 2 der Verordnung zur Ausführung des Elften Buches Sozialgesetzbuch - Soziale Pflegeversicherung (AVPflegeVG) ist die Lebenshilfe für geistig Behinderte, Landesverband Bayern e.V., Mitglied des LPA. Darüber hinaus wurde gemäß § 1 Abs. 3 AVPflegeVG die Landesarbeitsgemeinschaft „Hilfe für Behinderte" in Bayern e.V. als Mitglied berufen. Beide Verbände sind gleichberechtigt mit anderen Mitgliedern des LPA.
Berlin	vom 02. Mai 1995 Gesetz- und Verordnungsblatt von Berlin Nr. 23, vom 11. Mai 1995 Seite 297	01. September 1995	In Berlin sind die Verbände der Behinderten in die Arbeit des LPA dadurch einbezogen, daß ein Vertreter des Landesbeirats für Behinderte Mitglied mit beratender Stimme ist. Dem Landesbeirat für Behinderte gehören Vertreter verschiedener Behindertenverbände an.
Brandenburg	noch nicht verabschiedet		Es ist vorgesehen, daß der Behindertenbeirat des Landes Mitglied im Landespflegeausschuß ist.
Bremen	vom 11. April 1995 Gesetzblatt der Freien Hansestadt Bremen vom 12. Mai 1995, Seite 287	22. November 1995	Die Interessenverbände der Pflegebedürftigen sind gemäß § 4 Abs. 1 Nr. 7 der Verordnung über die Einrichtung eines Landespflegeausschusses nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch vertreten. So bestellen die Seniorenvertretung im Lande Bremen und die Landesarbeitsgemeinschaft für Behinderte je einen Vertreter bzw. Vertreterin.
Hamburg	vom 19. September 1995 Hamburgisches Gesetz- und Verordnungsblatt vom 25. September 1995, Seite 211	18. Dezember 1995	Der Landes-Senioren Hamburg sowie die Landesarbeitsgemeinschaft für Behinderte e.V. sind mit jeweils einem Mitglied im LPA vertreten.
Hessen	vom 20. Oktober 1995 Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Hessen vom 06. November 1995, Seite 484	20. Dezember 1995	Im LPA sind die Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen paritätisch und damit gleichberechtigt vertreten. Mit dem auf die Liga der Freien Wohlfahrtsverbände entfallenden Sitze sind auch die in der Liga zusammengeschlossenen Behindertenverbände vertreten. Einer der auf die Verbände privatgewerblicher Pflegeeinrichtungen entfallenden Sitze wird vom Verband deutscher Alten- und Behin-

			dertenhilfe e.V. wahrgenommen. Darüber hinaus wird der Verband der Kriegs- und Wehrdienstopfer, Behinderten und Rentner Deutschlands e.V., Landesverband Hessen e.V., aktiv in die Arbeit des LPA eingebunden.
Mecklenburg-Vorpommern	vom 29. Juni 1995 Gesetz- und Verordnungsblatt von Mecklenburg-Vorpommern vom 14. Juli 1995, Seite 326	05.Oktober 1995	Nach der Landesverordnung über den Landespflegeausschuß nach § 32 SGB XI sind im Landespflegeausschuß 3 Mitglieder der Landesverbände der Freien Wohlfahrtspflege vertreten, die zugleich die Interessen der Behinderten wahrnehmen. Über die Frage, ob Vertreter des Landesseniorenbeirates und des Behindertenbeirates auf Landesebene als ständige Gäste ohne Stimmrecht an den Sitzungen des Landespflegeausschusses teilnehmen sollen, wird zur Zeit im Landespflegeausschuß beraten.
Niedersachsen	vom 01. August 1995 Niedersächsisches Gesetz- und Verordnungsblatt vom 21. August 1995, Seite 284	13. Dezember 1995	Im Rahmen der weiteren Vertreter nach § 2 der Verordnung ist die niedersächsische Behindertenbeauftragte kraft Verordnung als Mitglied bestellt.
Nordrhein-Westfalen	vom 07. Februar 1995 Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Nordrhein-Westfalen, vom 02. März 1995, Nr. 16, Seite 116	. Januar 1995	Nach § 3 Abs. 1 benennt der Landesfachbeirat Alten- und Behindertenpolitik ein Mitglied sowie mindestens einen Stellvertreter im LPA. Darüber hinaus wird auch die Landesseniorenvertretung e.V. durch ein Mitglied im LPA vertreten.
Rheinland-Pfalz	vom 23. Mai 1995 Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Rheinland-Pfalz vom 14. Juni 1995, Seite 147	26 Oktober 1995	Die Behindertenverbände sind nicht berücksichtigt; sie haben in Rheinland-Pfalz ein eigenes Gremium, den Landesbehindertenbeirat
Saarland	vom 31. Januar 1995 Amtsblatt des Saarlandes vom 02. März 1995, Seite 150	14. März 1995	Behindertenverbände als solche sind nicht in den Ausschuß berufen worden. Es sind vier Plätze vorgesehen für sachkundige Vertreter des offentlichen Lebens; es ist daran gedacht, einen Vertreter des VDK zu berufen, als Stellvertreter des Reichsbundes Im übrigen wird im LPA die Auffassung vertreten, daß die Interessen der Behindertenverbände auch durch die freien Verbände der Wohlfahrtspflege vertreten werden
Sachsen	vom 17. Mai 1995 Sächsisches Gesetz- und Verordnungsblatt vom 16. Juni 1995, Seite 165	08. Juni 1995	Die Beteiligung am LPA ist unter § 2 Abs. 1 der Verordnung der Sächsischen Staatsregierung über den Landespflegeausschuß geregelt und entspricht dem Inhalt des § 92 Abs. 2 SGB XI. Darüber hinausgehender Berufungen, wie z. B. die von Behindertenverbänden, sind nicht ergangen Jedoch kann bspw. nach § 12 Satz 2 o.g. Verordnung an den Sitzungen auf Wunsch ein Vertreter des „Koordinierungsausschusses für Einrichtungen der Behindertenhilfe" teilnehmen.
Sachsen-Anhalt	vom 26. Juli 1995 Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Sachsen-Anhalt vom 02. August 1995, Seite 224	23. Oktober 1995	Der Behindertenbeauftragte ist Mitglied des LPA sowie eine den Landesseniorenrat vertretende Person (§ 2 Abs. 2 der Verordnung über einen Landespflegeausschuß).
Schleswig-Holstein	vom 21. März 1995 Gesetz- und Verordnungsblatt für Schleswig-Holstein vom 13. April 1995, Seite 123	28. September 1995	Gemäß § 2 der Landesverordnung über den Landespflegeausschuß (LPAVO) gehören Behindertenverbände dem LPA nicht als stimmberechtigte Mitglieder an. § 8 Abs. 3 LPAVO eröffnet jedoch die Möglichkeit, u.a. Sachverständige, Vertreter gesellschaftlicher Gruppen sowie andere Personen und Organisationen zu den Beratungen des LPA hinzuzuziehen. In diesem Zusammenhang werden Behindertenverbände in der Verordnung ausdrücklich genannt.
Thüringen	vom 28. September 1995 Gesetz- und Verordnungsblatt für den Freistaat Thüringen vom 13. Oktober 1995, Seite 317	06. November 1995	Gemäß § 2 der Verordnung gehören Behindertenverbände dem Landespflegeausschuß nicht als stimmberechtigte Mitglieder an. Der Grund liegt darin, daß in Thüringen noch kein entsprechender Verband existiert, der die Interessen behinderter Pflegebedürftiger wahrnehmen könnte.

Druck: Thenée Druck, 53113 Bonn, Telefon 91781-0
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 13 20, 53003 Bonn, Telefon (02 28) 3 82 08 40, Telefax (02 28) 3 82 08 44
ISSN 0722-8333